



SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA TRATAMIENTO TÉCNICO DNASSP

DEPARTAMENTO FECHA / /

DATOS DEL MENOR:

NOMBRE Y APELLIDO.....C.I.....

FECHA DE NACIMIENTO.....

MÉDICO/ TRATANTE.....DEPARTAMENTO/SERVICIO.....

DIAGNÓSTICO.....

PATOLOGÍA/TRASTORNO/CONDICIÓN: TRANSITORIA:.....PERMANENTE:.....

EXÁMENES Y/O ESTUDIOS REALIZADOS : (marcar cuadro inferior)

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA		EVALUACIÓN SOCIAL	
EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA		EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA	
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO		EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA	
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA		OTRAS EVALUACIONES-ACLARAR	
SCREENING NEURO PSICO		EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ	

PRONÓSTICO:

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO EN MESES :

PLAN TERAPÉUTICO (indique frecuencia semanal sugerida)

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL		FONOAUDIOLÓGICO	
PSICOTERAPIA GRUPAL		TALLER HABILIDADES SOCIALES	
TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO (MAESTRA ESPECIALIZADA O PSICOPEDAGOGO/A)		OTROS (ESPECIFICAR)	
PSICOMOTRICIDAD			

PRIORIDAD (marcar) ALTA MODERADA BAJA

OBSERVACIONES:

.....

**FIRMA MÉDICO TRATANTE
CJP**

AUTORIZACIÓN DEL CENTRO MÉDICO CORRESPONDIENTE

SELLO