

SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA TRATAMIENTO TÉCNICO DNASSP

FECHA / /

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

ECHA DE NACIMIENTO.....NÚMERO DE HC.....

MÉDICO/ TÉCNICO REFERENTE.....DEPARTAMENTO/SERVICIO.....

DIAGNÓSTICO.....DMS5.....

EXÁMENES Y/O ESTUDIOS REALIZADOS :

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA		EVALUACIÓN SOCIAL	
EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA		EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA	
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO		EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA	
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA		OTRAS EVALUACIONES (ESPECIFICAR)	
SCREENING NEUROPSICOLÓGICO			
EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ			

PRONÓSTICO**DURABILIDAD (marcar)****TRANSITORIA****PERMANENTE****PLAN TERAPÉUTICO (indique frecuencia semanal sugerida)**

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

ACLARACIONES.....

PLAZO PREVISTO (Máximo 2 años).....

PRIORIDAD (marcar)

ALTA

MODERADA

BAJA

OBSERVACIONES:

FIRMA PROFESIONAL AUTORIZADO

AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN DE NEURO-PSIQUIATRÍA

CJP

PEDIÁTRICA

SELLO