

CONFORMACION DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

(Para rehabilitaciones ambulatorias, de estimulación temprana y otras no categorizados)

Fecha de emisión: / /

Los profesionales intervinientes manifiestan que participan en el tratamiento interdisciplinario, (rehabilitación ambulatoria / Estimulación Temprana) de:,
DNI Nº:, comprometiéndose a enviar semestralmente un informe que refleje los objetivos terapéuticos planteados.

1- MEDICO PEDIATRA O NEUROLOGO INFANTIL:

Apellido y nombre:

Matrícula: Especialización:

2- PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Apellido y nombre:

Matrícula: Especialización:

3- PARTICIPA CON:

Apellido y nombre:

Matrícula: Especialización:

4- PARTICIPA CON:

Apellido y nombre:

Matrícula: Especialización:

Firma y Sello de los profesionales intervinientes¹	
1-	2-
3-	4-

¹ Adjuntar copia de títulos universitarios, inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores y los correspondientes títulos de especialización (para el caso de médico y profesional de Estimulación Temprana).