

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL¹

PRESTADOR (apellido y nombre o Razón Social):

Domicilio de atención:

Localidad: Provincia:

Teléfono: (código área y Nº) Nº CUIT:

Mail:

BENEFICIARIO (apellido y nombre):

DNI Nº: Edad: Diagnóstico:

Fecha de emisión: / /

[illegible]

Firma y sello del profesional

¹Es un **informe exhaustivo** confeccionado **únicamente** cuando se trata de **prestaciones de 1ª vez** en esta obra social. Debe contener datos y apreciaciones relevantes surgidos en la/s entrevista/s mantenidas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y en el que además se deben detallar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación. (En caso de utilizar más de una hoja, por favor encabezarlas, numerarlas y firmar y sellar **TODAS**. Las firmas deben ser de puño y letra del profesional, **NO se aceptarán firmas pegadas**. (Recuerde que si es por renovación de prestaciones debe utilizar OTRO formulario y **No completar este**).