

FORMULARIO A COMPLETAR POR PROFESIONAL TRATANTE PACIENTE TEA
(Terapeuta Ocupacional; Fonoaudiólogo; Psicólogo)

Para los efectos de dar cumplimiento a la Resolución 208, de 2022, del MINSAL, que modifica la Resolución 277, de 2011, del MINSAL, y facilitar la gestión administrativa de los beneficios que la misma contempla para estos pacientes cada profesional tratante deberá completar mensualmente el siguiente informe:

FECHA DEL INFORME:
DÍA MES AÑO

DATOS PACIENTE:

Nombre: _____

Rut: _____ Edad: _____

DATOS PROFESIONAL A CARGO (Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo):

Rut Profesional: _____ Especialidad: _____

Nombre: _____

ATENCIÓN(ES) CORRESPONDIENTE(S) AL MES DE: _____

ANTECEDENTES:

Derivado por Médico Dr.: _____

Diagnóstico(s): _____

REHABILITACIÓN INTEGRAL (considerando el tratamiento mensual integral indicado por médico tratante):

a) Objetivo(s) indicado(s) por médico tratante: _____

b) Frecuencia de atenciones (semanal/mensual): _____

c) Se cumplieron los objetivos: **(SI) (NO)**

Detalle y fundamento: _____

d) Es necesario realizar más sesiones dentro del plazo establecido para el tratamiento: **(SI) (NO)**

Detalle y fundamento: _____

INFORME DE AVANCES CLÍNICOS (DETALLE Y FUNDAMENTE): _____

INFORME DE EGRESO SI PROCEDIERA (DETALLE Y FUNDAMENTE): Indique acciones realizadas, avances y recomendaciones de continuidad:

Firma Médico Tratante - Timbre

Firma Paciente o Representante Legal