

**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO, CONTROL O EGRESO DEL MEDICO TRATANTE DE
PACIENTES TEA**

Para los efectos de dar cumplimiento a la normativa vigente, especialmente 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, el médico siquiatra o neurólogo tratante debe completar el siguiente formulario:

FECHA DEL INFORME:
DÍA MES AÑO

DATOS PACIENTE:

Nombre: _____

Rut: _____ Edad: _____

DATOS MÉDICO (PSIQUIATRA / NEURÓLOGO):

Rut Profesional: _____ Especialidad: _____

Nombre: _____

ENFERMEDAD Y DIAGNÓSTICO:

a) Mantiene el (los) mismo(s) diagnóstico(s): **(SI) (NO)**

b) Modifica el/los diagnósticos(s) inicial(es). Detalle: _____

ANTECEDENTES:

a) Evolución desde el último control (breve descripción): _____

b) Respuesta al tratamiento Integral indicado: _____

**RESPECTO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL EJECUTADA POR EL O LOS SIGUIENTES PROFESIONALES,
SEÑALAR:****Terapeuta Ocupacional:**

a) Mantiene el (los) mismo(s) objetivo(s): **(SI) (NO)**

- Si la respuesta es **(SI)**, precisar la frecuencia (semanal/mensual) y duración para ejecutarlo.
- Si la respuesta es **(NO)**, fundamentar.

Detalle: _____

b) Modifica el/los objetivo(s) anterior(es): **(SI) (NO)**

- Si la respuesta es **(SI)**, precisar la frecuencia (semanal/mensual) y duración para ejecutarlo.
- Si la respuesta es **(NO)**, fundamentar.

Detalle: _____

Fonoaudiólogo:a) Mantiene el (los) mismo(s) objetivo(s): **(SI) (NO)**

- Si la respuesta es **(SI)**, precisar la frecuencia (semanal/mensual) y duración para ejecutarlo.
- Si la respuesta es **(NO)**, fundamentar.

Detalle: _____

b) Modifica el/los objetivo(s) anterior(es): **(SI) (NO)**

- Si la respuesta es **(SI)**, precisar la frecuencia (semanal/mensual) y duración para ejecutarlo.
- Si la respuesta es **(NO)**, fundamentar.

Detalle: _____

Psicólogo:a) Mantiene el (los) mismo(s) objetivo(s): **(SI) (NO)**

- Si la respuesta es **(SI)**, precisar la frecuencia (semanal/mensual) y duración para ejecutarlo.
- Si la respuesta es **(NO)**, fundamentar.

Detalle: _____

b) Modifica el/los objetivo(s) anterior(es): **(SI) (NO)**

- Si la respuesta es **(SI)**, precisar la frecuencia (semanal/mensual) y duración para ejecutarlo.
- Si la respuesta es **(NO)**, fundamentar.

Detalle: _____

CONTROL O EGRESO:

Egreso: _____ Control: _____

Fecha:

DÍA	MES	AÑO

Firma Médico Tratante - Timbre_____
Firma Paciente o Representante Legal