

**FORMULARIO DE TRATAMIENTO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE PACIENTE
TEA**

Para los efectos de dar cumplimiento a la legislación vigente, especialmente a la Resolución 208, de 2022, que modifica la Resolución 277, de 2011, del MINSAL, y facilitar la gestión administrativa de los beneficios que la misma contempla para estos pacientes, es básico y fundamental que el Médico Psiquiatra o Neurólogo tratante, complete el siguiente FORMULARIO al iniciar un tratamiento:

FECHA DEL INFORME:
DÍA MES AÑO**DATOS PACIENTE:**

Nombre: _____

Rut: _____ Edad: _____

DATOS MÉDICO (PSIQUIATRA / NEURÓLOGO):

Rut Profesional: _____ Especialidad: _____

Nombre: _____

ENFERMEDAD Y DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico (s): _____

Fecha en la que se estableció el (los) diagnóstico(s):
DÍA MES AÑO

Fundamentación del Diagnóstico: _____

ANTECEDENTES:

Médicos (anamnesis): _____

Quirúrgicos: _____

Otros antecedentes con relación a TEA (ej., terapias anteriores): _____

REHABILITACIÓN INTEGRAL PRESCRITA (llenar por cada profesional que se estime debe intervenir):**Terapeuta Ocupacional:**

Objetivo(s): _____

Frecuencia de atenciones (semanal/mensual): _____

Duración (no puede ser indefinida): _____

Fonoaudiólogo:

Objetivo(s): _____

Frecuencia de atenciones (semanal/mensual): _____

Duración (no puede ser indefinida): _____

Psicólogo:

Objetivo(s): _____

Frecuencia de atenciones (semanal/mensual): _____

Duración (no puede ser indefinida): _____

CONTROL:Fecha control:

--	--	--

DÍA

MES

AÑO

Firma Médico Tratante - Timbre_____
Firma Paciente o Representante Legal