

ANEXO 2**PLANILLA DE INICIO DE TRATAMIENTO PSICOPEDAGOGICO**

La presente planilla deberá ser confeccionada por el psicopedagogo.

Consignar los datos requeridos con letra clara. La falta de cualquier ítem podrá ser motivo de rechazo.

Se reconocerá la cobertura cuando: el rendimiento del niño en lectura, cálculo o expresión escrita, sea sustancialmente inferior según lo indican pruebas normatizadas y administradas para el caso, que den por resultado una diferencia entre el rendimiento académico y el CI o en aquellos casos en los que los valores obtenidos en las pruebas se encuentren significativamente por debajo de la media.

Apellido y Nombres: _____ **Edad:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Nº de Afiliado:** _____

Localidad: _____ **Teléfono:** _____

Fecha de la primera consulta ____ / ____ / ____

Motivo de la consulta: _____

Otros tratamientos (previos o actuales): _____

Diagnóstico: _____

Descripción de los trastornos de aprendizaje: _____

Batería psicodiagnóstica, resultados obtenidos e informe cualitativo: _____

C.I. o nivel de desarrollo evaluado: _____

Plan de Actividades/ Objetivo: _____

Frecuencia de entrevistas:

Quincenal _____ Semanal _____ Bisemanal _____

Período de interrupción del tratamiento (si lo hubiere): _____

Observaciones: _____

____ / ____ / ____
Fecha

Firma y sello del profesional

Nº de Matrícula de Salud o
Nº de Registro Provincial