

## FORMATO DE PLAN DE TRABAJO

PARA BENEFICIARIOS DE BECATERAPIAS, EJERCICIO FISCAL 2024

### 1. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre:	
Edad:	
Fecha de Nacimiento:	
Diagnóstico:	
Nombre de su Escuela o Empleo:	
Teléfono:	
Dirección:	
Nombre de los padres:	
Edad de los padres:	
Ocupación de los padres:	

### 2. BREVE HISTORIA CLÍNICA

#### Antecedentes familiares

¿El paciente tiene padres, hermanos, primos, tíos, abuelos con algún diagnóstico relacionado con el diagnóstico del paciente? Si es así, anotarlos en este espacio.

--

#### Embarazo y parto

¿La gestación y parto del paciente tuvo alguna complicación? Si es así, anotarlos en este espacio.

--

### Enfermedades

¿El paciente presenta alergias, enfermedades recurrentes o permanentes? Si es así, anotarlos en este espacio.

### Medicamentos

¿Toma actualmente algún medicamento? Si es así, anotarlos en este espacio.

### Desarrollo temprano

¿Cuáles son los principales aspectos sobre el desarrollo del paciente que preocuparon a la familia de los 0 a los 6 años?

### 3. BREVE EVALUACIÓN

### 4. SEÑALE EL AREA O AREAS DEL DESARROLLO EN LA CUAL SE ESPECIALIZARÁ LA INTERVENCIÓN

Lenguaje	<input type="checkbox"/>
Cognición	<input type="checkbox"/>
Socialización	<input type="checkbox"/>
Motricidad	<input type="checkbox"/>
Conductual	<input type="checkbox"/>

### 5. BREVE DESCRIPCIÓN OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

## 6. DATOS DEL TERAPEUTA

Terapeuta Responsable de la Intervención:	
Nombre del Centro Terapéutico:	
Nombre del responsable del Centro Terapéutico:	
Dirección, teléfono y correo:	
Número de sesiones que cubren con la Becaterapia:	
Número de sesiones por semana:	
Fecha compromiso de inicio de las sesiones:	

Nombre y firma del Terapeuta

Firma del padre de familia que avala que el documento cumple con las necesidades del beneficiario