

MES: _____ AÑO _____

NOMBRE DEL TERAPEUTA: _____

TIPO DE TERAPIA: _____

| No | NOMBRE Y APELLIDO | EDAD | DIAGNOSTICO | #SESIONES ORDENADAS | #SESIONES REALIZADAS | DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD | FIRMA DEL CUIDADOR ENTRENADO |
|----|-------------------|------|-------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

OBSERVACIONES/ NOVEDADES:

INDICADOR: Número total de cuidadores entrenados X 100 =
de cuidadores participantes en el entrenamiento

| Elaboro | Aprobó |
|---------|--------|
| | |

