

Informe a los 90 días (trimestral) de habilitación especializada Specialized Habilitation 90-Day (Quarterly) Report

NOMBRE DEL PARTICIPANTE EN LA EXENCIÓN	NOMBRE DEL PROVEEDOR		
NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL CASO	FECHA EN QUE SE ELABORÓ O MODIFICÓ EL PLAN INICIAL		
Metas y objetivos abordados, como aparecen en la Política 4.20. No puede haber más de tres por plan.			
Meta 1			
Meta 2			
Meta 3			
Si se identifican nuevas metas de tratamiento, debe modificarse el plan inicial de habilitación especializada.			
Estrategias de tratamiento usadas para cada una de las metas anteriores			
Meta 1			
Meta 2			
Meta 3			
Resuma el progreso hacia el logro de las metas en términos objetivos y medibles.			
Si no se han hecho progresos, incluya las estrategias alternativas planeadas.			
Meta 1			
Meta 2			
Meta 3			
Logro de la meta, usando una escala del 1 al 10 (10 es el logro de la meta)			
Meta 1:			
Meta 2:			
Meta 3:			
Escriba las recomendaciones de derivaciones si el participante en la exención presenta potenciales necesidades subyacentes médicas, de salud mental o de apoyo educativo:			
<p>Fechas / horas de servicio en los últimos 90 días:</p> <p>Fecha: Número de unidades (15 minutos):</p> <p>Fecha: Número de unidades (15 minutos):</p> <p>Fecha: Número de unidades (15 minutos):</p> <p>Fecha: Número de unidades (15 minutos):</p> <p>Fecha: Número de unidades (15 minutos):</p> <p>Fecha: Número de unidades (15 minutos):</p> <p>Incluya las visitas adicionales en una hoja separada y adjúntela a este informe.</p> <p>Unidades totales (15 minutos) de servicios provistos en los 90 días anteriores:</p>			
Firmas			
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FECHA
FIRMA DEL PARTICIPANTE EN LA EXENCIÓN	FECHA	FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CASO/DE RECURSOS DE LA DDA FECHA	