

Cronograma de Actividades

(Incluir todas las actividades del paciente ejemplo: Escuela, Recreativas, Etc.)

ESPECIALIDADES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO	
	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA
ESCUELA												
FONOAUDIOLOGÍA												
KINESIOLOGÍA												
MAESTRA INTEGRADORA/ APOYO ESCOLAR												
PSICOLOGÍA												
PSICOMOTRICIDAD												
PSICOPEDAGOGÍA												
ACTIVIDADES RECREATIVAS												
OTRAS												

Firma y aclaración de padre/ madre o tutor