

Documentación específica Acompañante Terapéutico

Matricula	Si	No
Inscripción en ASOC. Acompañante terapéutico		
Título Habilitante avalado por Ministerio de Educación y Salud.		
Especificar:		
Otros		
Especificar:		
Adjuntar documentación respaldatoria:		

Valores sujeto a auditoria

Firma A.T.

Aclaración.....

Escala FIM

(Medida de Independencia Funcional)

Independiente	
Independencia Total	
Independiente con Adaptaciones	
Dependiente	
Solo requiere supervisión. No se toca al paciente	
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta hasta 75% o más	
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	

Autocuidado	
Alimentación	
Aseo Personal	
Baño	
Vestimenta superior	
Vestimenta inferior	
Uso del Baño	
Control de Esfínteres	
Control de Intestinos	
Control de Vejiga	
Traslados	
Traslado a la cama, silla o silla de ruedas	
Traslado al baño	
Traslado a la ducha o bañera	
Locomoción	
Marcha o Silla de Ruedas	
Escalera	
Comunicación	
Comprensión	
Expresión	
Conexión	
Interacción Social	
Resolución de problemas	
Memoria	
Puntaje FIM Total	

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido	
Cuit del Afiliado	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Dirección	
N° Contacto	

Datos del Acompañante Terapéutico

Nombre y Apellido	
CUIT	
Especialidad	
Domicilio de atención	
Localidad	
Teléfono	
Correo electrónico	

Presupuesto Acompañante Terapéutico

Fecha y Lugar de emisión	
Nombre y Apellido	
Cuit del Afiliado	
Dirección	
Fecha de nacimiento	
Edad	
Número de contacto	

Datos de la prestación Acompañante Terapéutico:

Período	desde:	hasta:
Cantidad de horas	por día	por semana
Valor autorizado	por hora	mensual

Datos del Prestador:

Nombre y Apellido	
Cuit	
Domicilio	
Localidad	
Teléfono	
Condición frente al IVA	

Cronograma de acompañamiento

Domicilio de atención

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma del acompañante

Actualización de datos

Nombre y apellido	
DNI	
N° de CUIL/CUIT	
Celular	
Email	
Domicilio actual	
Localidad	
Especialidad	

Periodo prestacional (llenado por la o.s.)	
--	--

PLANILLA DE ASISTENCIA



Nombre y apellido	
Nº de afiliado	
Mes de prestación	
Nombre del profesional	

Marcar con X los días que corresponde

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

	Día	Entrada	Salida	Firma y sello profesional
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
21				

Firma Padre / Madre / Tutor: _____