

## Documentación específica Acompañante Terapéutico

Matricula	Si	No
Inscripción en ASOC. Acompañante terapéutico		
Título Habilitante avalado por Ministerio de Educación y Salud.		
Especificar:		
<b>Otros</b>		
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

ados

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 Director del establecimiento: \_\_\_\_\_

## PLANILLA DE ACUERDO ESCOLAR

### Mecanismo de integración

Para la correcta gestión del trámite, complete la siguiente

En el día de la fecha.....  
en la ciudad de.....  
se establece el presente acuerdo  
entre la Escuela.....  
con domicilio en.....  
representada por el Director.....  
el alumno.....  
representado por la:  
**-Acompañante Terapéutica**  
**-Maestra de Apoyo**  
**-Equipo de Apoyo a la Integración Escolar**  
representado por.....  
para llevar a cabo la integración escolar  
del alumno/a.....  
en el año.....  
Sala.....  
Grado.....  
Año.....  
Turno.....  
en los días.....  
horario.....  
período.....