

PLANILLA DE ASISTENCIA PARA EQUIPO DOMICILIARIO DE ATENCIÓN EN CONSULTORIO, POLICLÍNICA O CET.

Mes de Prestación: _____

Año: _____

Por la presente dejo constancia que la afiliada/o _____
con número de af. _____ ha recibido las prestaciones
autorizadas y correspondientes a:

- MÓDULO 1** Hasta dos (2) sesiones diarias de lunes a viernes. *
- MÓDULO 2** Hasta tres (3) sesiones diarias de lunes a viernes. *
- MÓDULO 3** Cuatro (4) sesiones diarias de lunes a viernes. *

*Con sesión de duración mínima de 45 minutos

*Con supervisión de Médica/o (Psiquiatra o Neurólogo) o Lic. en Psicología.

Prestación	Cantidad de sesiones	Datos del profesional actuante	Firma del profesional actuante	Firma del familiar responsable
Lic. en Psicología				
Lic. en Fonoaudiología				
Lic. en Psicopedagogía				
Lic. en Terapia Ocupacional				
Lic. en Musicoterapia				
Lic. en Psicomotricidad				
Lic. en Kinesiología				
Otros				

Datos del Supervisor/a

Firma del profesional

Firma del familiar responsable

--	--	--

Conformidad de la prestación

Nombre y apellido

DNI

Parentesco

Firma