

PRESUPUESTO DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO (NO ÁULICO)
El presente debe presentarse junto con el Plan de Trabajo y el título habilitante

LUGAR DE EMISIÓN	FECHA
------------------	-------

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y nombre	DNI
Domicilio	
Diagnóstico	
FIM Si ☐ (Adjuntar) No ☐	

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Modalidad			
PERIODO	Desde	Hasta	Año
Cantidad de horas		Monto hora \$	
Cantidad de horas mensuales		Monto mensual \$	

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido	
Domicilio	
Tel./Cel.	E-mail
CUIT N°	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD (ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO)

La prestación se brindará en domicilio:

Días y Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
DESDE						
HASTA						

La prestación se brindará en consultorio:

Días y Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
DESDE						
HASTA						

*Firma y sello del profesional de
salud mental que supervise*

Firma y sello del AT

Notificación del beneficiario, responsable y/o figura de apoyo.

He comprendido las condiciones y objetivos del tratamiento a practicar atento a la información cierta, clara y detallada brindada por el profesional.

Declaro BAJO JURAMENTO: no tener vínculo de parentesco por consanguinidad, afinidad y/o unión convivencial con el prestador.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vínculo con el beneficiario (si corresponde): _____