

Planilla 4

REGISTRO DE ASISTENCIA

DATOS DEL AFILIADO:

APELLIDO Y NOMBRE:..... EDAD:.....

Nº AFILIADO:..... LOCALIDAD:.....

Nombre de Referente Institucional y/o Referente Terapeutico :

ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO:

APELLIDO Y NOMBRE:.....

MATRÍCULA Nº:.....TELÉFONO:.....

PERIODO DE LA PRESTACIÓN:.....FIRMA Y MATRICULA:.....

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD	FIRMA DE REFERENTE INSTITUCIONAL (Docente, Tallerista, Coordinador, Terapeuta)

Firma y sello de Referente Institucional :

EN FUNCION A LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA Y EL CONTEXTO DE INTERVENCION ESPECIFICAR:

- Actividad asistencial (Entrevista, Atención domiciliaria, Interconsulta, Intervención en crisis, etc)
- Actividad grupal (Entrevista familiar, intervención grupal, actividad de psicoeducacion, etc)
- Actividad Institucional (supervicion ,reunión de equipo, articulación, etc).