



PLANES DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO · MODELO



Debera adjuntar resumen de historia clinica y/o intervencion multidisciplinaria.

### OPCIÓN 1

**K y EF:** kinesiología y Ejercicio Fisico / **EM:** Estimulación Multisensorial / **GC:** Gimnasia Cerebral  
**TO:** Terapia Ocupacional / **FONO:** Fonoaudiología / **P:** Psicología

HORARIO	DÍA 1	DÍA 2
9:00hs	K + EF	K + EF + FONO
COLACIÓN		
10:00hs	P + EM + TO	P + EM
11:00hs	GC	GC

#### Diagnostico:

Tiempo de Acompañamiento: 3 Meses / 6 Meses / 1 Año

Firma y sello Medico:

### OPCIÓN 2

**K y EF:** kinesiología y Ejercicio Fisico / **EM:** Estimulación Multisensorial / **GC:** Gimnasia Cerebral  
**TO:** Terapia Ocupacional / **FONO:** Fonoaudiología / **P:** Psicología

HORARIO	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3
9:00hs	K + EF	K + EF + FONO	K + EF
10:00hs	P + EM + TO	P + EM	P + EM
COLACIÓN			
11:00hs	GC	GC	GC + TO

#### Diagnostico:

Tiempo de Acompañamiento: 3 Meses / 6 Meses / 1 Año

Firma y sello Medico:

### OPCIÓN 3

**K y EF:** kinesiología y Ejercicio Físico / **EM:** Estimulación Multisensorial / **GC:** Gimnasia Cerebral

**TO:** Terapia Ocupacional / **FONO:** Fonoaudiología / **P:** Psicología

HORARIO	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5
9:00hs	K + EF	K + EF + FONO	K + EF	K + EF	K + EF + TO
10:00hs	P + EM + TO	P + EM	P + EM	P + EM	P + EM
COLACIÓN					
11:00hs	GC	GC	GC + TO	GC	GC

#### Diagnostico:

**Tiempo de Acompañamiento:** 3 Meses / 6 Meses / 1 Año

**Firma y sello Medico:**