

**GUIA DE EVALUACION INSTITUCIONAL  
CENTRO EDUACTIVO TERAPÉUTICO**

**ESTABLECIMIENTO:.....**

**EQUIPO EVALUADOR:**

.....

.....

.....

**FECHA DE EVALUACION: .....**

**I) POBLACIÓN**

- **DISCAPACIDAD**

TIPO	GRADO

- **EDADES**

DESDE ..... HASTA .....

- **REQUISITOS DE INGRESO**

.....  
.....  
.....

- **REQUISITOS DE EGRESO**

.....  
.....  
.....

JORNADA SIMPLE  TURNO MAÑANA:

JORNADA DOBLE  TURNO TARDE:

- TRATAMIENTO EDUCATIVO-TERAPÉUTICO CON INTEGRACIÓN A ESCOLARIDAD O SERVICIO DE FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN LABORAL COMÚN:

- TRATAMIENTO EDUCATIVO-TERAPÉUTICO SIN INTEGRACIÓN A ESCOLARIDAD O SERVICIO DE FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN LABORAL COMÚN:

ESTABLECIMIENTO COMUNOS DONDE SE INTEGRAN (Nombrarlos):

.....  
.....  
.....  
.....

## II) AREA EDUCATIVO - TERAPÉUTICA

### 1. EQUIPO BÁSICO

- \* DOCENTE ESPECIALIZADO
- \* PSICÓLOGO Y/O PSICOPEDAGOGO
- \* ASISTENTE SOCIAL
- \* MEDICO ESPECIALIZADO (Según discapacidad)
- \* TERAPISTA OCUPACIONAL

(La cantidad de horas semanales se consideran por especialidad y no por profesional)

N° DE PROFES	CANT. HS. SEMAN.	PUNTOS

TOTAL PUNTAJE:

### 2. EQUIPO PROFESIONAL SEGÚN DISCAPACIDAD

- \* KINESIOLOGO O TERAPISTA FÍSICO
- \* PSICOMOTRICISTA
- \* MUSICOTERAPEUTICO
- \* FONOAUDIOLOGO
- \* OTROS

N° DE PROFES	CANT. HS. SEMAN.	PUNTOS

TOTAL PUNTAJE:

### 3. AUXILIARES EN LA ATENCIÓN TERAPEÚTICA-EDUCATIVA

(Formación profesional afín con la actividad)

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PUNTOS</b>
AUXILIARES EN EL 50% O MÁS DE LOS GRUPOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 4. PERSONAL AUXILIAR:

	N° DE PERSONAS
* ADMINISTRATIVOS	
* DE LIMPIEZA	
* DE MANTENIMIENTO	

## 5. ACTIVIDADES

### 5.1 ACTIVIDADES EDUCATIVO – TERAPÉUTICAS:

(Mencionar las que se realizan. Incluyendo tratamiento de sensopercepción, lenguaje, psicomotricidad, etc. )

Mencionarlas	Hs. SEMAN.

**PUNTOS**

#### 5.1.1. NUMERO DE BENEFICIARIOS POR DOCENTE/TERAPEUTA ENCARGADO DE 5.1:

(Deberá tener título habilitante a tal efecto)

HASTA 4 BENEFICIARIOS:

DE 5 A 6 BENEFICIARIOS:

DE 7 A 8 BENEFICIARIOS

**PUNTOS**

#### 5.1.2. MODALIDAD DE TRATAMIENTO:

INDIVIDUAL:

GRUPAL:

INDIVIDUAL Y GRUPAL:

**PUNTOS**

## 5.2 ACTIVIDADES DE SOCIALIZACIÓN Y RECREACIÓN

### 5.2.1 ACTIVIDADES INTERNAS:

(Son las que realizan dentro de la institución)

Mencionarlas	Hs. SEMAN.

**PUNTOS**

5.2.2 ACTIVIDADES EXTERNAS:  
(Son las que realizan fuera de la institución)

Mencionarlas	Hs. SEMAN.

**PUNTOS**

5.3. ACTIVIDADES OCUPACIONALES  
(Mencionar las actividades de aprendizaje específico que se realiza y que no fueron consignados en 5.1, granja, huerta, taller, etc.)

Mencionarlas	Hs. SEMAN.

**PUNTOS**

5.4. NUMERO DE BENEFICIARIOS POR DOCENTE O TECNICO EN LOS GRUPOS DE ACTIVIDADES OCUPACIONALES:  
(Deberá tener título habilitante a tal efecto)

HASTA 4 BENEFICIARIOS:

DE 5 A 6 BENEFICIARIOS:

DE 7 A 8 BENEFICIARIOS

**PUNTOS**

5.5. DOCENTES/TÉCNICOS ENCARGADOS DE ACTIVIDADES OCUPACIONALES:  
(Tildar una opción)

75% O MAS POSEEN TÍTULO HABILITANTE A TAL EFECTO

MENOS DEL 75%

**PUNTOS**

5.6. MATERIALES SUFICIENTES PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES:

	ADECUADOS EN CANTIDAD Y CALIDAD	PARCIALMENTE ADECUADOS EN CANTIDAD Y CALIDAD	INADECUADOS EN CANTIDAD Y CALIDAD
EDUCATIVO TERAPÉUTICAS			
SOCIALIZACIÓN Y JUEGO			
OCUPACIONALES			

PUNTOS

**6. INTEGRACIÓN EN ESTABLECIMIENTO COMÚN:**

(Llenar únicamente si se realiza la integración. Para acreditación de este ítem deberá cumplimentar obligatoriamente los puntos 6.3; 6.4; 6.5 y 6.7)

6.1 CANTIDAD DE ALUMNOS INTEGRADOS:

(Consignar el total sean afiliados o no)

Nro.

6.2. EQUIPO A CARGO DE LA INTEGRACIÓN:

	CANTIDAD	DEDICACIÓN	
		EXCLUSIVA	COMPARTIDA
DOCENTES			
PROFESIONALES			

6.3 PROYECTO:

PROYECTO INSTITUCIONAL DE INTEGRACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PROYECTO INDIVIDUAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

6.4 FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE APOYO:

(Realizadas en la escuela especial)

DIARIAS	<input type="checkbox"/>	TRES VECES POR SEMANA	<input type="checkbox"/>
DOS VECES POR SEMANA:	<input type="checkbox"/>	1 VEZ POR SEMANA	<input type="checkbox"/>

6.5 ADECUACIONES CURRICULARES

SI  NO

6.6 REUNIONES DE DOCENTES DE AMBAS ESCUELAS

SEMANTAL  MENSUAL

BIMESTRAL  TRIMESTRAL

TOTAL PUNTAJE OBTENIDO

**III) ORGANIZACIÓN PEDAGÓGICA Y TERAPEÚTICA**

**1. FRECUENCIA DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS BENEFICIARIOS:**

(Tildar una opción)

La frecuencia deberá compatibilizarse con la calidad de evaluación

MENSUAL  TRIMESTRAL  SEMESTRAL

REGISTRO EN EL LEGAJO PERSONAL SI  NO  **PUNTOS**

**2. PLANIFICACIÓN Y/O PROGRAMACIÓN**

	A	B	C	D	E	F
INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A: SEMANAL

C: BIMESTRAL

E: SEMESTRAL

B: MENSUAL

D: TRIMESTRAL

F: ANUAL

(Tildar sólo una opción en cada línea)

REGISTRO INDIVIDUAL SI  NO

REGISTRO GRUPAL SI  NO  **PUNTOS**

### 3. REUNIONES DE DIRECCIÓN CON PERSONAL

SEMANAL  MENSUAL  BIMESTRAL

TRIMESTRAL  SEMESTRAL  ANUAL

(Tildar sólo una opción)

REGISTRO SI  NO

**PUNTOS**

### 4. REUNIONES CON LOS PADRES O FAMILIARES DE LOS BENEFICIARIOS

TRIMESTRAL  SEMESTRAL  ANUAL

REGISTRO SI  NO

**PUNTOS**

### **IV) SALUD**

1. REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SI  NO   
(Debe constar: nombre del alumno, medicamento, dosis, horario, firma del responsable)

2. REGISTRO DE VACUNAS OBLIGATORIA SI  NO

3. BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS SI  NO

4. SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS SI  NO

4.1 EXISTE EN LA ZONA O REGION SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS: SI  NO

4.2 LA INSTITUCION TIENE CONTRATADO SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS: SI  NO

TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO



**V) INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

(Consignar toda aquella información que considere de interés, que amplíe o contemple la presente guía)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO**

## PUNTAJE CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

### II) AREA EDUCATIVO TERAPÉUTICA

1. Se otorga puntaje a cada profesión, excepto médico especialista

Más de 15 hs. semanales	_____	10p.
De 5 a 15 hs. semanales	_____	5 p.

Médico Especialista

Más de 5 hs. semanales	_____	10p.
De 1 a 5hs. semanales	_____	5 p.

1.2. Se otorga puntaje a cada profesión.

En el caso de que hubiere más de una profesión en otros, se le brindará el puntaje de alguna especialidad de las enunciadas en el mismo (máximo puntaje posible 50p.)

Más de 15 hs. semanales	_____	10p.
De 10 a 15 hs. semanales	_____	5 p.

Auxiliares en el 50% o más de los grupos \_\_\_\_\_ 10p.

5.1 Se otorga puntaje de acuerdo con el n° de diferentes actividades educativas terapéuticas distintas:

Tres o más	_____	30 p
Dos	_____	10 p
Una	_____	10 p

5.1.1.Hasta 4 beneficiarios	_____	15p
De 5 a 6 beneficiarios	_____	10p
De 7 a 8 beneficiarios	_____	5p

5.1.2 Individual	_____	10p
Grupal	_____	10p
Individual y grupal	_____	20p

5.2.1. Se otorga puntaje de acuerdo con el n° de actividades internas distintas de socialización y recreación:

Tres o más	_____	20 p
Dos	_____	10 p

5.2.2. Se otorga puntaje de acuerdo con el n° de actividades externas distintas de socialización y recreación:

Tres o más \_\_\_\_\_ 20 p  
 Dos \_\_\_\_\_ 10 p

5.3 Se otorga puntaje de acuerdo con el n° de diferentes actividades ocupacionales distintas:

Tres o más \_\_\_\_\_ 30 p  
 Dos \_\_\_\_\_ 20 p

5.4. Hasta 4 beneficiarios \_\_\_\_\_ 15p  
 De 5 a 6 beneficiarios \_\_\_\_\_ 10p  
 De 7 a 8 beneficiarios \_\_\_\_\_ 5p

5.5 75% o más \_\_\_\_\_ 15 p  
 Menos del 75% \_\_\_\_\_ 5 p

5.6 Materiales suficientes

Educativo Terapéutico \_\_\_\_\_ 5 p.  
 Socialización \_\_\_\_\_ 5 p.  
 Ocupacionales \_\_\_\_\_ 5 p.

6. Se otorga puntaje si cumple con los puntos

6.2, 6.3, 6.4, 6.5 y 6.6 \_\_\_\_\_ 50 p.

### III) ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

1. Solo se otorga puntaje si se registra en el legajo individual de cada alumno

Mensual \_\_\_\_\_ 10p.  
 Trimestral \_\_\_\_\_ 5 p.  
 Semestral \_\_\_\_\_ 3 p.

2. Solo se otorga puntaje si cuenta con registro correspondiente

	A	B	C	D	E	F
INDIVIDUAL	15p	10 p.	7 p.	5 p.	3 p.	1 p.
GRUPAL	15p	10 p.	7 p.	5 p.	3 p.	1 p.

3. Solo se otorga puntaje si cuenta con registro correspondiente.

Semanal \_\_\_\_\_ 15p                      Trimestral \_\_\_\_\_ 5p  
 Mensual \_\_\_\_\_ 10p                      Semestral \_\_\_\_\_ 3p  
 Bimestral \_\_\_\_\_ 7p                      Anual \_\_\_\_\_ 1p

4. Se otorga puntaje solo si cuenta con registro correspondiente.

Trimestral \_\_\_\_\_ 15p                      Semestral \_\_\_\_\_ 10p                      Anual \_\_\_\_\_ 5p

**IV) SALUD**

1. REGISTRO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_ 5p

2. REGISTRO DE VACUNAS OBLIGATORIA \_\_\_\_\_ 5p

3. BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS \_\_\_\_\_ 5p

4. SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS \_\_\_\_\_ 20p

Se otorga puntaje también en el caso de que no tenga contratado un Sistema de Emergencias porque no hubiere en la zona, a fin de no afectar el puntaje final.

<b>PUNTAJE MAXIMO CON INTEGRACION</b>	<b>425</b>
<b>PUNTAJE MÁXIMO SIN INTEGRACION</b>	<b>395</b>