

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

IMPORTANTE:

- 1) Siendo el Acompañante Terapéutico una prestación de **salud mental**, no nomenclada conforme el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral en favor de las Personas con Discapacidad (Ley 24.901) sólo se contemplará para diagnósticos de discapacidad mental.
- 2) Debe ser solicitada por un Médico Psiquiatra de adultos o infante juvenil, según corresponda a la edad del afiliado, o por Neurólogo infantil quien a la vez es el médico responsable de la dirección y supervisión del tratamiento del paciente en lo relacionado al Acompañamiento Terapéutico.
- 3) El presente Formulario, debe ser completado en su totalidad, sin excepción. Se solicita **letra clara, en tinta azul o negra**. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.
- 4) **El Acompañante Terapéutico debe estar coordinado por un equipo de salud mental** conformado por Médico Psiquiatra y Psicólogo. En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o planes de trabajos que sean extendidos y que estén a cargo de un profesional familiar directo del afiliado.
- 5) El Acompañante Terapéutico debe enmarcarse en un **tratamiento interdisciplinario**, con **planificación concreta de actividades** para el afiliado individualmente considerado y deben **justificarse médicamente los beneficios** de la incorporación del Acompañante.
- 6) En los casos que el Acompañante Terapéutico sea requerido para que el niño/a pueda permanecer la totalidad de la jornada en la institución escolar a la que asiste, deberá presentarse además informe interdisciplinario y nota de la institución educativa solicitando la prestación.
- 7) El presente formulario deberá contar con el correspondiente estampillado de Ley.
- 8) Debe ser completado en su totalidad, sin excepción, por el **Acompañante Terapéutico que llevará a cabo las actividades conforme los objetivos establecidos por el Médico especialista**, quien a la vez es el médico responsable de la dirección y supervisión del tratamiento del paciente en lo relacionado al Acompañamiento Terapéutico.
- 9) **OSPAC sólo autorizará que el Acompañamiento Terapéutico sea realizado por un profesional de la salud:** a) Psicólogo, b) Licenciado en Psicología, c) Licenciado en Terapia Ocupacional, d) Profesional con título intermedio obtenido en la carrera de Psicología o Licenciatura en Psicología, debidamente aprobado por el Ministerio de Educación de la Nación, e) Acompañante Terapéutico, graduado en una carrera universitaria de duración igual o mayor a dos (2) años y debidamente aprobada por el Ministerio de Educación de la Nación, f) Tecnicatura en Acompañante Terapéutico.

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:

Afiliado N°: Plan:

Fecha de nacimiento: / / Edad: Género:

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2024 -

DATOS DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Nombre y Apellido:

Profesión: Matrícula:

Domicilio: Localidad:

Teléfonos: CUIT:

Email:

PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO

- 1) Debe detallarse el **informe de evaluación inicial o estado de situación** (si es la primera vez que atiende al afiliado) o **el informe de evolución** (si brinda el Acompañamiento Terapéutico al afiliado desde períodos anteriores).
- 2) Se ruega **no repetir informes**. En caso de no haber evolución favorable, explicitarlo.
- 3) **Elaborar la propuesta metodológica del Plan de Acompañamiento (con indicación concreta de los objetivos perseguidos y las estrategias del equipo interviniente), exponer la planificación concreta de las actividades a realizar para alcanzar dichos objetivos en el año 2024.**

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma, aclaración y sello del Acompañante:

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2024 -

CONSENTIMIENTO

Mediante el presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de acompañamiento descrito
precedentemente en favor del afiliado

DNI:

Firma y aclaración del afiliado (o representante legal, curador, apoyo):

DNI: Teléfono:

Lugar y fecha de consentimiento: / /

