

Acompañante terapéutico

El pedido de esta prestación, al no ser obligatoria dentro de las detalladas por resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud, se evaluará por Equipo interdisciplinario (art.12 y art. 39 inc. d Ley 24.901) en cada caso para dar curso.

El principal objetivo del trabajo terapéutico debe ser siempre brindar los apoyos necesarios para la inclusión social de la persona con discapacidad, brindando apoyo cognitivo.

El Acompañante Terapéutico asiste a pacientes previa solicitud del médico o psicólogo tratante, participando siempre en estrategias de tratamiento y en el marco de un equipo de salud, NUNCA como un servicio aislado, episódico o fragmentario. Se abstendrá de intervenir en aquellos casos en que no hubiere terapeuta o profesional a cargo del tratamiento, en el entendimiento que el ejercicio profesional del Acompañante Terapéutico constituye una labor auxiliar y complementaria en los dispositivos asistenciales. (Art 3 ley 10. 393).

Capacitación:

Los profesionales que brinden esta prestación deberán contar con un título de grado profesional o cursos que acrediten 100 horas expedidos por universidades públicas o privadas nacionales, entidades habilitadas por el Ministerio de Educación de la Nación o por Ministerios jurisdiccionales.

Documentación a presentar para evaluar prestación de AT, la misma debe ser presentada antes del inicio del tratamiento:

- Prescripción médica. La misma debe tener el siguiente formato:

RP/
Nombre y Apellido:
DNI

Solicito: ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO
Cantidad de días a la semana.
(Se aclara que Galeno cubrirá como máximo un total de 4 hs/día)

PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2025
Diagnóstico:
FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024
Ej. Fecha: 30/12/2024

1. *Resumen de Historia clínica.* El médico tratante deberá completar la planilla 012
2. **Informe evolutivo del año 2024**, siempre y cuando se haya brindado esta prestación. Dicho informe debe tener fecha siempre diciembre 2024.
Si es comienzo de la prestación, deberá presentar **Informe de evaluación inicial**.
El informe deberá tener: - periodo de abordaje; - modalidad de la prestación; - descripción del tratamiento que aborda, y - resultados alcanzados.
Siempre debe estar firmado y sellado por prestador.
3. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica.
 - o Objetivos a corto y mediano plazo
 - o Modalidad de abordaje
4. Presupuesto: días horarios – valor mensual.
5. Copia de título habilitante.
6. En los casos en que el profesional que brinde la prestación sea Lic. en Psicología deberá presentar constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud / matrícula correspondiente al ejercicio profesional.
7. Seguro de mala praxis / responsabilidad civil.
8. Constancia de opción / inscripción en la AFIP.
9. Constancia de Alumno regular en caso que solicite para escuela.
10. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NÚMERO: 001-002-012 y 013** (se adjuntan a continuación).



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que en su continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1 . Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2 . Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3 . Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4 . Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto: Teléfono: _

Beneficiario: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período: desde: hasta:

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual:

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales: Monto por Sesión:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Resumen de Historia Clínica

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N° DE DNI: _____

DIAG. SEGÚN CUD: _____

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.)

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico.)

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLÓGICO (SI LO HAY):

Firma del médico tratante: _____

Aclaración: _____

Fecha de emisión: _____

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

N° DE DNI: _____

Cantidad de horas semanales: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° DE CUIT: _____

E-MAIL: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS

DÍAS Y HORARIOS:

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2025.

VALOR HORA: _____

VALOR SEMANAL: _____

VALOR MENSUAL: _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del profesional _____ a efectuarse en el domicilio _____ en la localidad de _____ durante el período desde _____ hasta _____ 2025.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del profesional: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

Actualización de datos (la misma es de presentación anual, al iniciar el trámite)

Fecha: _____

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel de celular: _____ Tel alternativo: _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra social:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Colegio: _____
CUE N°: _____
Nombre y Apellido del alumno: _____
DNI: _____

Se hace constar que el alumno _____ con DNI _____ es
alumno regular de _____ grado/año turno_____. Se encuentra
matriculado para el año 2025 en el grado/año_____ del turno_____ en el
horario de_____.

Se extiende esta constancia en _____ a los _____ días del mes
_____ del año _____.

Firma autoridad del colegio: _____

Sello del colegio: _____