

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICA****IMPORTANTE:**

*El presente Formulario **debe ser completado por el médico psiquiatra/terapista ocupacional, depende patología y diagnostico.***

- 1- Siendo el Acompañante Terapéutico una prestación de salud mental, no nomendada conforme el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad (Ley 24901) sólo se contemplará su autorización siempre que se justifique médicamente el beneficio de la incorporación de la Acompañante.
- 2- Debe ser solicitada por un **Médico Psiquiatra/terapista ocupacional**, completar la planilla de solicitud NO REEMPLAZA el pedido médico, el mismo debe ser prescripto conteniendo los siguientes datos:
 - NOMBRE Y APELLIDO
 - DNI
 - DIAGNOSTICO: DEBE COINCIDIR CON EL QUE FIGURA EN EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
 - PRESTACION SOLICITADA PRESCRIPTA POR FRECUENCIA SEMANAL (EJ. LUNES A VIERNES) – CANTIDAD DE HS. DIARIAS (4 HS. X DIA)- PERIODO (EJ: ENERO A DICIEMBRE 2024) DEBE ACLARAR SI SERA AT DOMICILIARIO O ESCOLAR.
- 3- En los casos que el Acompañamiento sea Escolar, deberá presentarse informe interdisciplinario (todas las terapias o disciplinas) y Nota de la Institución Educativa solicitando la prestación.
- 4- En todos los casos los datos de la presente solicitud serán cotejados con la H. Clínica – actualizada – con el esquema global de terapias / prestaciones de rehabilitación, con el plan de acompañamiento y con el contexto socio-familiar del afiliado. De este modo, Auditoría médica determinará – en caso de ser necesario- la realización de auditoría de terreno y de esta forma, confirmar o descartar la solicitud.-
- 5- **Se solicitara, informe semestral firmado por psiquiatra/terapista ocupacional, concreto de los objetivos alcanzados y trabajo realizado, dichos informes se presentaran en julio 2024 con Facturacion de Junio y en Enero 2026 con facturación de Diciembre 2025.** Cada mes con la facturación se debe adjuntar informe mensual junto a la planilla de asistencia domiciliaria/escolar según corresponda.
- 6- Se solicita letra clara y legible, en tinta negra. De ninguna manera se aceptarán tachaduras ni enmiendas, tanto en los formularios como en los pedidos médicos.-

- 1- Debe elaborar un informe de evaluación inicial y en el segundo semestre para su renovación, un informe de la evolución del afiliado.
- 2- Se ruega no repetir informes, en caso de no haber evolución favorable, explicitarlo.
- 3- Detallar el equipo interdisciplinario con el que trabajará el Acompañante Terapéutico.
- 4- Especificar los objetivos concretos perseguidos, la indicación de horas semanales y el tipo de Acompañamiento Terapéutico requerido (Escolar o Domiciliario).
- 5- En caso de ser Acompañante Escolar deberá adjuntar el Consentimiento firmado por la Dirección del Establecimiento, los Padres y la/el Acompañante.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ESCALA DE FIM (Medida de Independencia Funcional) LLENAR SOLO SI SE PIDE DEPENDENCIA

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independencia Total	7
Independiente con Adaptaciones	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se toca al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta hasta 75% o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

Autocuidado		
	Alimentación	
	Aseo Personal	
	Baño	
	Vestimenta superior	
	Vestimenta Inferior	
	Uso del Baño	
Control de Esfínteres		
	Control de Intestinos	
	Control de Vejiga	
Traslados		
	Traslado a la cama, silla o silla de ruedas	
	Traslado al baño	
	Traslado a la ducha o bañera	
Locomoción		
	Marcha o Silla de Ruedas	
	Escalera	
Comunicación		
	Comprensión	
	Expresión	
Conexión		
	Interacción Social	
	Resolución de problemas	
	Memoria	
	PUNTAJE FIM TOTAL	