

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

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

- 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.-







**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

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