



“El Río Atuel también es Pampeano”

ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

PLANILLA 2

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO:.....
TELEFONO DE CONTACTO:

Plan de trabajo del equipo tratante y del AT explicitando:

1-Motivo de la prestación solicitada
.....
.....

2-Diagnóstico DSM IV:.....

3-Objetivos generales y específicos a mediano y largo plazo.....
.....
.....
.....
.....

4-Actividades:.....
.....
.....

5-Frecuencia consignada en días y horarios de atención:.....

6-Lugar donde se realizará el AT.....
.....

7-Indicar nombre y apellido del coordinador del tratamiento, indicar actitud familiar hacia el tratamiento

NOMBRE Y APELLIDO DEL ASISTENTE TERAPÉUTICO:.....
Teléfono de contacto: (.....).....

NOMBRE Y APELLIDO DE AFILIADO O RESPONSABLE:

Teléfono de contacto: (.....).....

REQUISITOS A CUMPLIR POR EL ASISTENTE DOMICILIARIO Y DOCUMENTACION A PRESENTAR

- 1- Respecto del Acompañante Terapéutico: Ser egresado como Acompañante Terapéutico, o título equivalente, de Universidades Nacionales públicas o privadas legalmente habilitadas.
- 2- Ser egresado como Acompañante Terapéutico o título equivalente de Institutos terciarios o de extensión universitaria en la materia, autorizados por el Ministerio de Educación de la Provincia de La Pampa
- 3- . Podrán desempeñarse como Acompañante Terapéutico, licenciados en psicología, y terapeutas ocupacionales, psicomotricistas, con matrícula en la provincia de La Pampa, estudiantes avanzados de psicología, que acrediten formación como Acompañante Terapéutico
- 4- . Deberá estar debidamente acreditado por el ISS-SEMPRE.
- 5- La Obra Social se reserva el derecho de evaluación de los títulos y certificados presentados.
 - Datos del prestador que realizará el acompañamiento terapéutico: fotocopia de DNI, CV, certificado de antecedentes, certificado psicofísico y CBU.
 - En ningún caso, el AT propuesto puede poseer vínculo consanguíneo o relación vincular significativa con la persona asistida.
 - Datos de la red familiar primaria de apoyo, o de adulto responsable a cargo del afiliado beneficiario.

FECHA:/...../.....



“El Río Atuel también es Pampeano”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.-Yo....., D.N.I. N°....., Afiliado N°....., con domicilio real en calle....., ciudad de....., provincia de....., teléfono N°....., manifiesto que por la presente vengo a autorizar el o la profesional....., a realizar Acompañamiento Terapéutico; ello de acuerdo a la información que me brinda el o la profesional.....M.P.N°..... responsable técnico del equipo asistencial mencionado, según lo establecido en las normas detalladas en el encabezado, y a las explicaciones claras y entendibles que seguidamente recibo, entiendo y aprehendo voluntariamente.

2-PROFESIONAL:

El presente es para dejar constancia que hemos explicado clara y sencillamente la naturaleza, causas y objeto de la modalidad de trabajo arriba mencionada, ello es, respecto de la realización del Acompañamiento Terapéutico, realizado por los días Porhoras

.....de.....de 2020.

.....

.....

.....

Profesional – Firma, aclaración y matrículas correspondientes.

3-Adulto Responsable:

En los casos en los que, dadas las características de la patología manifiesta, el equipo tratante considere la pertinencia de que otro adulto responsable avale el consentimiento y acompañe las posibles urgencias terapéuticas.

Declaro he leído detenidamente este consentimiento en presencia del equipo profesional y que lo he comprendido totalmente, prestando la debida conformidad, lo cual autorizo el Acompañamiento Terapéutico.

Nombre y Apellido:

Domicilio y teléfono:

Tipo y N° de Documento:

Afiliado N°: