GALENO

RENOVACION ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO

EL SERVICIO DE ACOMPAÑANANTE TERAPEUTICO NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO DENTRO DE LA RESOLUCION DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, POR ENDE, ES EVALUADA EN CADA CASO PARTICULAR POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO (ART 12 Y 39 INC DE LEY 24.901).

El servicio puede solicitarlo:

- Personas mayores no escolarizadas
- actividad en ámbito domiciliario y comunitario

Exclusiones:

- Acompañamiento en ámbito escolar (deberá gestionarse a través del MODULO DE INTEGRACION ESCOLAR)
- Tareas vinculadas a los cuidados médicos (cuidador) (deberá gestionarse a través de CUIDADOS DOMICILIARIOS)

La presentación de la solicitud debe realizarse con un plazo de antelación de, por lo menos, 60 dias previos al inicio de la prestación requerida, dado que es el tiempo estimado del análisis y posterior autorización.
Se autorizarán las prestaciones según fecha de envió del legajo completo.
Para poder solicitar la autorización de alguna de estas prestaciones, deberá presentar, de manera excluyente, la siguiente documentación en formato PDF unificado por prestación.

1. **Actualización de datos del afiliado (PAGINA 2)**
2. **CUD vigente**
3. **Orden medica según formulario: Prescripción médica – Escolaridad especial**. Debe estar confeccionada por el médico tratante que realizo el resumen de historia clínica. Indicando fecha de emisión (debe ser anterior al periodo solicitado), nombre y apellido, DNI, edad, diagnostico. Debe presentarse año calendario. Ej: (feb a dic 2027) o año corrido. Ej: (mayo 2026 a abril 2027) (Se aclara que galeno cubrirá hasta máximo un total de 4 hs diarias solo dias hábiles.) **(PAGINA 3)**
4. **Resumen de historia clínica (PAGINA 4)**
5. **Presupuesto y consentimiento bilateral (PAGINA 5)**
6. **Informe evolutivo o inicial.**
   Confeccionado, firmado y sellado por el prestador**.** Debe indicar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación.
7. **Plan de tratamiento.**
   Confeccionado, firmado y sellado por el profesional. Debe indicar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos del tratamiento y estrategias que se implementaran para el logro de los mismos.
8. Certificación/titulo que acredite un mínimo de mas de 100hs o Lic. En Psicología.
9. Seguro de mala praxis / responsabilidad civil vigente.
10. Constancia en ARCA vigente.

GALENO

ACTUALIZACION DE DATOS DEL AFILIADO.

Datos del afiliado al que se le brindara la prestación:

Nombre y apellido: _____
DNI: _____Fecha de nacimiento: _____
N° de socio: _____
Dirección: _____
N° _____ Piso: _____ Dpto: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Tel celular: _____ Tel alternativo: _____
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: _____

PRESCRIPCION MEDICA – ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO.

FECHA: ____/_____/____

Nombre y apellido:_____
DNI: _____Edad:_____.
Diagnostico:_____
_____
_____
Prestacion:_____
Periodo: desde:_____/_____/_____hasta:____/_____/_____.

_____
Firma y sello del médico tratante.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

Nombre y apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____
Domicilio: _____
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:
_____

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 FARMACOLOGICO (SI LO HAY)

_____
_____
_____
_____
_____

Firma del medico tratante: _____
Aclaración: _____
Fecha de emisión: _____

GALENO

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO - PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO.

Fecha: _____/_____/_____

Nombre y apellido: _____DNI: _____
Cantidad de horas semanales: _____

Datos del prestador.

Nombre y apellido / Razón social: _____
Domicilio donde se brinda la prestación: _____
Localidad: _____Provincia: _____
Tel de contacto: _____ N° de CUIT : _____
E-mail: _____

Cronograma de asistencias.

Dias y horarios:

Prestacion	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabados
-						

Periodo desde: _____ hasta _____2027
Valor de la sesión: _____ según resolución vigente de la ANDIS.

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Firma del titular: _____
Aclaración: _____
DNI: _____

Firma y sello del profesional:_____
Aclaración: _____