GALENO

REHABILITACIONES – TERAPIAS AMBULATORIAS

PSICOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, KINESIOLOGIA, PSICOMOTRICIDAD, ESTIMULACION TEMPRANA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA y MUSICOTERAPIA.

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. **Actualizacion de datos del afiliado (PAGINA 2)**
2. **Anexo III conformidad (puede indicar hasta 4 prestaciones juntas por anexo) (PAGINA 3)**
3. **CUD vigente.**
4. **Prescripción médica - terapias ambulatorias**. 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, prestación y frecuencia. Puede solicitarse según año calendario (enero a dic 2027) o por año corrido (ej.: mayo 2027 hasta abril 2028) **(PAGINA 4)**
5. **Resumen de historia clínica (PAGINA 5)**
6. **Presupuesto y consentimiento bilateral (PAGINA 6)**
7. **CAR (certificado de alumno regular) con numero de CUE (código único de establecimiento) en caso de estar escolarizado, caso contrario completar (PAGINA 7) (nota por la no escolarización)**
8. **Informe evolutivo:** Confeccionado, firmado y sellado por el profesional**.** Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación. Debe indicar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación.
9. . **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.
10. **Título habilitante del profesional (frente y dorso con sellos vigente)**
11. **Constancia de inscripción de cada profesional en el RNP vigente.**
12. **Constancia de inscripción en ARCA vigente (CUIL)**
13. **Comprobante de CBU del profesional emitido por entidad bancaria. (quedan excluidos los socios particulares)**

Se deja constancia que la cantidad de sesiones autorizadas queda sujeta a evaluación y consideración de auditoria médica. Dicha autorización podrá variar en función del rango etario del afiliado, su condición de escolarizado y la necesidad de contemplar espacios de esparcimientos, distracción y ocio, entendiéndose a estos últimos como complementarios e indispensables para un abordaje terapéutico integral, tanto como el tratamiento profesional propiamente dicho.

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: _____

Anexo III – Conformidad prestacional año 2027.

Fecha: _____/_____/_____
Apellido y nombre del beneficiario: _____
Numero de afiliado: _____
Yo: _____
con DNI: _____, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

-Si usted es la persona con CUD que recibe la prestación:
Firma: _____Aclaración: _____
Documento: _____
-**Si usted es familiar, responsable y/o tutor:**
Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documentación es realizada en nombre de:_____
Manifiesto ser familiar / responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:_____
Aclaración: _____
DNI: _____

PRESCRIPCION MEDICA – TERAPIAS AMBULATORIAS.

FECHA: ____/_____/____

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

_____
Firma y sello del medico 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

PRESTACION DE APOYO / TERAPIA - PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO.

Fecha: _____/_____/_____

Nombre y apellido: _____DNI: _____
Terapia: _____
Cantidad de sesiones semanales: _____

Datos del prestador.

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

Cronograma de asistencias.

Dias y horarios:

Prestación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
-						

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: _____

NOTA DE NO ESCOLARIZACION.

Fecha: _____/_____/_____

Por medio de la presente, informo que mi hijo/a:

_____

no se encuentra escolarizado/a ni concurre a un dispositivo terapéutico por:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Firma del padre/madre/tutor Aclaración.

_____ _____

DNI firmante. Parentesco.