Solicitud de Práctica

Acompañante Terapéutico.

DATOS DEL AFILIADO

Información General

La Ley N°4624 regula el ejercicio de la profesión de acompañante terapéutico. El IPROSS se rige por dicha ley para determinar la cobertura de sus afiliados/as.

Datos del afiliado/a que solicita la presentación

Nombre y Apellido: _____ N° de afiliado/a: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Localidad: _____

Domicilio de la prestación: _____

Nombre y Apellido tutor/a: _____ Vínculo/parentestco: _____

Teléfono de contacto 1: _____ Teléfono de contacto 2: _____

Tipo de solicitud (marque con una x)

Primer solicitud: ☐ Renovación: ☐ Cambio de prestador: ☐ Ampliación horaria: ☐

¿El/la afiliado/a tiene actualmente alguna de las siguientes prestaciones aprobadas por el IPROSS?

Acompañante terapéutico	SI ☐	NO ☐	Aprobado hasta: / /	Cantidad de hs x día: ____
Hogar/Centro de día	SI ☐	NO ☐	Aprobado hasta: / /	Cantidad de hs x día: ____
Enfermería domiciliaria	SI ☐	NO ☐	Aprobado hasta: / /	Cantidad de hs x día: ____
Cuidador domiciliario	SI ☐	NO ☐	Aprobado hasta: / /	Cantidad de hs x día: ____

Red familiar del/la afiliado/a (complete los datos de las personas más cercanas al afiliado/a, sean o no familiares y sean convivientes o no)

Apellido y Nombre	Vínculo/ parentezco	Edad	Ocupación	¿Convive?	Ciudad de residencia

"Los gastos dentro del acompañamiento, como transporte, salidas y otros imprevistos planteados con fines terapéuticos, estarán a cargo del paciente o familia del mismo" | Art. 5 inc. a) Ley N° 4624

.....

Firma y aclaración
Afiliado/a y/o responsable

.....

Firma y aclaración
Delegación y/o Sede Central

Certificación médica solicitud de AT.

Acompañante Terapéutico.

Quién suscribe: _____ en carácter de responsable del equipo asistencial que atiende a: _____ DNI: _____ en su tratamiento de un acompañante terapéutico, con formación acreditada a los efectos de llevar a cabo abordaje en la cotidianeidad del paciente.

Tipo de intervención

- ☐ Intervención en crisis (hasta 6 hs por día en hasta 10 días consecutivos)
- ☐ Intervención post internación (hasta 4 hs por día en hasta 30 días consecutivos)
- ☐ Intervención actividades de rehabilitación y reinserción familiar, social y recreativa (hasta 10 hs por semana. Días y horarios distribuidos según requerimiento, hasta 6 meses)

HORAS SEMANALES: _____ Días: Lu ☐ Ma ☐ Mi ☐ Ju ☐ Vi ☐ Sa ☐ Do ☐

MESES TOTALES: _____ (según normativa de IPROSS podrá ser por un máximo de 6 meses. Luego deberá solicitar la renovación y ampliación horaria)

OBJETIVOS:

Patología que requiere asistencia (según código CIE 10 y/o descripción)

Escala de evaluación de la actividad global EEAG (según recuadro anexo)

Acompañante terapéutico (Nombre y Apellido) _____

Fecha: _____ Profesional solicitante: _____

"Los gastos dentro del acompañamiento, como transporte, salidas y otros imprevistos planteados con fines terapéuticos, estarán a cargo del paciente o familia del mismo". | Art. 5 inc. a) Ley N° 4642

Firma y aclaración Afiliado/a y/o responsable	Firma y aclaración del Profesional	Firma y aclaración Delegación y/o Sede Central

Certificación médica solicitud de AT.

Acompañante Terapéutico.

Planilla Complementaria

100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorados por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 81	Síntomas ausentes o mínimos (por ejemplo: ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho con su vida, sin mas preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ejemplo: una discusión ocasional con miembros de la familia).
80 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ejemplo: dificultades para concentrarse tras una discusión familiar), sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo: descenso temporal del rendimiento escolar).
70 61	Algunos síntomas leves (por ejemplo: humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	Síntomas moderados (por ejemplo: afecto aplanado y lenguaje consustancial, crisis de angustia ocacionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo: pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
50 41	Síntomas graves (por ejemplo: ideación suicida, rituales obsesivos graves, robo en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo: sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ejemplo: el lenguaje es a veces ilógico, oscuro e irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ejemplo: un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar, un niño golpea frecuentemente a niños mas pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave en la comunicación o el juicio (por ejemplo: a veces es incoherente, actúa de manera inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ejemplo: permanecer en cama todo el día, sin trabajo vivienda o amigo).
20 11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a el mismo (por ejemplo: intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte, frecuentemente violento, excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ejemplo: manchas de excremento) o alteración importante en la comunicación (por ejemplo: muy incoherente o mudo).
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ejemplo: violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

ipross

Historia clínica evolución del paciente

Acompañante Terapéutico.

Información del afiliaodo/a

Nombre y Apellido:	Nº de Afiliado:
AT (Nombre y Apellido):	

Evaluación del paciente según EEAG

Fecha	Escala	Comentarios

Firma y aclaración
Afiliado/a

Firma y aclaración
del AT