

## Planilla 2 SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

### DATOS DE LA PRESTACIÓN (La completan los profesionales referentes del equipo de salud tratante)

#### MOTIVOS DE SOLICITUD DE AT.

Se deberá adjuntar informe elaborado y firmado por el o los profesionales de salud (preferentemente, profesionales de Salud Mental, mínimo dos, Neurólogo/Psiquiatra/Psicólogo/Terapista Ocupacional/Psicopedagogo) que guiará la intervención y supervisará al AT.

#### ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN.

El equipo de profesionales deberá explicitar días y horarios, ámbitos de intervención. Deberá completar una de las tablas.

#### DOMICILIO DEL AFILIADO:

##### DOMICILIO

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario					

Fecha inicio:..... Fecha de finalización:.....

Carga horaria semanal:..... Cantidad de meses: .....

#### ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Nivel/Grado/Turno:

##### ESCOLAR

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario					

Fecha inicio:..... Fecha de finalización:.....

Carga horaria semanal:..... Cantidad de meses: .....

#### EQUIPO DE SALUD A CARGO:

##### TERAPÉUTICO

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario					

Fecha inicio:..... Fecha de finalización:.....

Carga horaria semanal:..... Cantidad de meses: .....

### PLAN DE TRABAJO.

Es elaborado por el Equipo de Profesionales tratantes, incluido el AT, debe estar con firma y sello.

1-

Apellido y nombre:

Matricula N°:

Teléfono:

Firma y Matrícula:

2-

Apellido y nombre:

Matricula N°:

Teléfono:

Firma y Matrícula:

3-

Apellido y nombre:

Matricula N°:

Teléfono:

Firma y Matrícula:

FECHA DE ELABORACIÓN:.....

#### TIPO DE INTERVENCION:

**INTERVENCIÓN EN CRISIS.**   
(Intervención diaria, hasta 10 días consecutivos)

**INTERVENCIÓN POST INTERNACIÓN.**   
(Intervención diaria, hasta 4 horas por día, hasta 60 días consecutivos)

**INTERVENCIÓN EN ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN FAMILIAR-SOCIAL.**   
(Hasta 10 horas semanales, hasta 6 seis meses)

**TOTAL DE HORAS MENSUALES:**

#### PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUAL:

- Fecha:
- Diagnóstico:
- Déficit detectados:
- Factores de riesgo relevantes:
- Datos de la red vincular:
- ADJUNTAR, Esquema de medicación actual informada, por :
- Análisis de las necesidades y competencias de la persona y su familia. Áreas con necesidad de apoyos en la vida cotidiana: Marcarlo que corresponda e indicarlo que considere necesario.

<b>SUEÑO</b>	<b>CONSERVADO</b>			
	<b>NO CONSERVADO</b>			
<b>VESTIDO</b>	<b>ACORDE</b>		<b>INDEPENDIENTE</b>	
	<b>NO ACORDE</b>		<b>CON APOYO</b>	
			<b>DEPENDIENTE</b>	
<b>HIGIENE</b>	<b>CONSERVADO</b>		<b>INDEPENDIENTE</b>	
	<b>NO CONSERVADO</b>		<b>CON APOYO</b>	
			<b>DEPENDIENTE</b>	
<b>IMAGEN, ASPECTO PERSONAL</b>	<b>ADECUADA</b>		<b>INDEPENDIENTE</b>	
	<b>NO ADECUADA</b>		<b>CON APOYO</b>	
			<b>DEPENDIENTE</b>	
<b>ALIMENTACIÓN</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>			
	<b>CON APOYO</b>			
	<b>DEPENDIENTE</b>			
<b>SOCIALIZACIÓN</b>	<b>REALIZA ACTIVIDADES SOCIALES</b>			
	<b>NO REALIZA ACTIVIDADES SOCIALES</b>			
	<b>DIFICULTADES EN LA INTERACCIÓN</b>			
<b>LENGUAJE Y COMUNICACIÓN</b>	<b>LEE</b>			
	<b>ESCRIBE</b>			
	<b>COMPRENDE CONSIGNAS</b>			
	<b>COMPRENDE CON APOYO</b>			
<b>MOVILIDAD EN LA COMUNIDAD</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>			
	<b>CON APOYO</b>			
	<b>CON APOYO PERMANENTE</b>			
	<b>EMPLEA MEDIOS DE TRANSPORTE</b>			

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:**

- Objetivos
- Intervenciones y actividades indicadas, por los profesionales y a otras instituciones/equipos/efectores/prestadores que han de intervenir para conseguir esos objetivos. Tener en cuenta las necesidades e instituciones/equipos/efectores/prestadores que involucran todo lo relacionado con la Rehabilitación Psicosocial o con los sistemas de apoyo que necesita el personal, incluyendo la necesidad de alojamiento, reinserción , etc.
- Objetivos del principales de cada espacio Terapéutico y Estrategias de Tratamiento que se proponen definidos en corto y mediano plazo, lo más concretos posibles en cada uno de estas instancias: Individual, Familiar y Social.
- Planificación mensual
- Evaluación del programa y del cumplimiento de objetivos o revisión de los mismos, con periodicidad (cada 6 meses).

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN.-