

# Anexo I

## Solicitud De Acompañante Terapéutico

Fecha: \_\_\_\_\_

### Datos del Afiliado

|                     |  |
|---------------------|--|
| Nombre del Afiliado |  |
| DNI                 |  |
| Numero de Afiliado  |  |
| Edad                |  |
| Cápita CCSI*        |  |

\*Indicar institución en la cual el afiliado cápita en el Centro Comunitario de Salud Integral. Puede Consultarse en el padrón de PAMI.

|   |   |
|---|---|
| Diagnostico (CIE-10)  |   |
| Modalidad de Tratamiento Actual (señale el que corresponda) | <input type="radio"/> Consultorios Externos<br><input type="radio"/> Hospital de Dia<br><input type="radio"/> Internación en Salud Mental<br><input type="radio"/> Viviendas Asistidas<br><input type="radio"/> Comunidad Terapéutica<br><input type="radio"/> Otro – Especifique cual: _____ |
| Grado de Dependencia AVD                                    | Señale la escala realizada y <b>Adjunte la misma a este Anexo.</b><br>Lawton y Brody<br>Katz<br>LSP   |

### Tratamiento Psicológico

|  |  |
|--|--|
| Fecha de Inicio del Tratamiento Actual |  |
| Frecuencia                             |  |
| Profesional Tratante                   |  |
| Institución                            |  |
| Teléfono de contacto                   |  |

## Tratamiento Psiquiátrico

|  |  |
|--|--|
| Fecha de Inicio del Tratamiento Actual |  |
| Frecuencia                             |  |
| Profesional Tratante                   |  |
| Institución                            |  |
| Teléfono de contacto                   |  |

## Otros Profesionales Tratantes

| Nombre | Especialidad | Contacto |
|--------|--------------|----------|
|        |              |          |
|        |              |          |
|        |              |          |
|        |              |          |

## Fundamentos y Objetivos del Acompañamiento Terapéutico

---



---



---



---



---

## Plan de Trabajo del Acompañamiento Terapeutico

---

---

---

---

---

## Datos Red de Apoyo

| Nombre | Relación | Contacto | ¿Conviviente?<br>(Si/No) |
|--------|----------|----------|--------------------------|
|        |          |          |                          |
|        |          |          |                          |
|        |          |          |                          |
|        |          |          |                          |

*Al Presente Anexo se deberá adjuntar el INFORME INTERDISCIPLINARIO firmado por TODOS los integrantes del equipo y la escala realizada para la evaluación del afiliado.*

Firma Profesional \_\_\_\_\_

Sello \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### ACTA DE CONFORMIDAD DEL AFILIADO

Por la Presente \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_, Beneficiario N \_\_\_\_\_  
declaro aceptar bajo acuerdo voluntario mi tratamiento a  
través de un Acompañante terapéutico.

Por tal motivo me comprometo a colaborar en todo lo que de  
mi depende para cumplir el tratamiento.

Al firmar este documento reconozco que he leído y que  
comprendo perfectamente su contenido y doy mi  
consentimiento para la realización de dicho tratamiento.

FIRMA \_\_\_\_\_

ACLARACION \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_