



**PRESTACIONES EN FAVOR DE COLONOS y COLONAS CON DISCAPACIDAD - AÑO
2026 -**

**FORMULARIOS PARA PRESCRIPCIÓN DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO POR
MÉDICOS ESPECIALISTAS**

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

IMPORTANTE:

- 1) Siendo el Acompañante Terapéutico una prestación de salud mental, no denominada conforme el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral en favor de las Personas con Discapacidad (Ley 24.901) sólo se contemplará para diagnósticos de discapacidad mental.
- 2) Debe ser solicitada por un Médico Psiquiatra infante juvenil, según corresponda a la edad del afiliado, o por un Neurólogo infantil.
- 3) El presente Formulario, debe ser completado en su totalidad, sin excepción, por un Médico Psiquiatra infante juvenil, según corresponda a la edad del colono o colona, o por Neurólogo infantil, quien a la vez es el médico responsable de la dirección y supervisión del tratamiento del paciente en lo relacionado al Acompañamiento Terapéutico. 4) El Acompañante Terapéutico debe estar coordinado por un equipo de salud mental conformado por Médico Psiquiatra y Psicólogo. En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o planes de trabajos que sean extendidos y que estén a cargo de un profesional familiar directo del colono o colona.
- 5) El Acompañante Terapéutico debe enmarcarse en un tratamiento interdisciplinario, con planificación concreta de actividades para el colono o colona individualmente considerado y deben justificarse médicamente los beneficios de la incorporación del Acompañante. 6) En los casos que el Acompañante Terapéutico sea requerido para que el niño/a pueda permanecer la totalidad de la jornada en la institución a la que asiste, deberá presentar además informe interdisciplinario y nota de la institución educativa solicitando la prestación. 7) En todos los casos, los datos del presente Formulario serán cotejados con el Formulario de Historia Clínica -evolucionada y actualizada-, con el esquema global de terapias/prestaciones de rehabilitación, con el Plan de Acompañamiento y con el contexto socio-familiar del afiliado beneficiario. De este modo, Auditoría Médica determinará -en caso de ser necesario- la realización de Auditoría de Terreno a efectos de corroborar los datos plasmados en los Formularios con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.
- 8) Las autorizaciones se realizarán por el período máximo de la duración de la colonia 2026 de verano.
- 9) Se solicita letra clara, en tinta azul o negra. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.
- 10) En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o prescripciones que sean extendidos por un médico familiar directo del afiliado. 11) El presente formulario deberá contar con el correspondiente estampillado de Ley.



DATOS DEL COLONO o COLONA

Nombre y Apellido: _____
Nro. de afiliado: _____ Plan: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Género: _____
Peso: _____ Altura: _____

DATOS DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Nombre y Apellido: _____
Matrícula: _____ Especialidad: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
Teléfonos: _____
Correo electrónico: _____

HISTORIA CLÍNICA

Diagnóstico: _____

INDICACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

- 1) Debe detallarse el informe de evaluación inicial (si es la primera vez que atiende al afiliado) o el informe de evolución (si el afiliado se encuentra en tratamiento con el mismo Médico Especialista desde períodos anteriores).
- 2) Se ruega no repetir informes. En caso de no haber evolución favorable, explicitarlo.
- 3) Detallar el equipo interdisciplinario con el que trabajará el Acompañante Terapéutico.
- 4) Explicitar la propuesta terapéutica, los objetivos concretos perseguidos, la indicación de horas semanales y las actividades a realizar para alcanzar dichos objetivos en el año 2026.

FRECUENCIA DE CONSULTAS CON MÉDICO ESPECIALISTA:

Firma y sello del médico:

Fecha: