

**Programa Atención Intensiva e Interdisciplinaria para afiliados con TGD**

**Autorización Prestacional/**

Trámite N° \_\_\_\_\_

Solicitud de autorización para el período \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En caso de Prórroga indicar fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Trámite anterior a este: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ N° de trámite \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

**MODALIDADES**

EN DOMICILIO	EN INSTITUCIÓN
Módulo 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Módulo 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<b>Supervisión o coordinación:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Supervisión o coordinación:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Psicología</b> _____ sesiones mensuales	<b>Psicología</b> _____ sesiones mensuales
<b>Fonoaudiología</b> _____ sesiones mensuales	<b>Fonoaudiología</b> _____ sesiones mensuales
<b>Terapia Ocupacional</b> _____ sesiones mensuales	<b>Terapia Ocupacional</b> _____ sesiones mensuales
<b>Psicopedagogía</b> _____ sesiones mensuales	<b>Psicopedagogía</b> _____ sesiones mensuales
<b>Musicoterapia</b> _____ sesiones mensuales	<b>Musicoterapia</b> _____ sesiones mensuales
<b>Psicomotricidad</b> _____ sesiones mensuales	<b>Psicomotricidad</b> _____ sesiones mensuales
<b>Otras (espec.)</b> _____ ses men.	<b>Otras (espec.)</b> _____ ses men.
<b>Acompañante terapéutico domiciliario</b> _____ hs.	<b>Acompañante terapéutico domiciliario</b> _____ hs.
<b>Acompañante terapéutico en escuela</b> _____ hs.	<b>Acompañante terapéutico en escuela</b> _____ hs.
<b>Apoyo a la Integración:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Apoyo a la Integración:</b> <input type="checkbox"/>

**DATOS DEL AFILIADO/**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Verificación afiliatoria:

Familiar responsable: \_\_\_\_\_

Afiliado número: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Certificado de Discapacidad:

Para ser realizado por: \_\_\_\_\_

Prestador: Nombre de la Institución \_\_\_\_\_

Nombre de equipo domiciliario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**AUDITORÍA CENTRAL**

**SE AUTORIZA SI**  **NO**

Por el término de: \_\_\_\_\_ a partir del: \_\_\_\_\_

Monto Mensual: \_\_\_\_\_ Monto Total: \_\_\_\_\_

Según Resolución N°: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_