



**OBRA SOCIAL  
DE CHOFERES  
DE CAMIONES**

**Secretaría de Acción Social**  
**Acompañante**  
**Terapéutico**

**2025**



# Requisitos - Afiliados Acompañante Terapéutico

## Los afiliados deberán presentar:

- ✓ Fotocopia del CUD vigente.
- ✓ Fotocopia del DNI.
- ✓ Planilla de conformidad.
- ✓ Resumen de historia clínica redactada por el médico o especialista en salud mental que incluya informe sobre la situación del afiliado y justifique la solicitud de prestación.
- ✓ Pedido médico redactado por el médico o especialista en salud mental de cabecera que incluya: lugar donde se realizara la prestación y carga horaria (día, horas y periodos que lo solicita).
- ✓ Constancia de alumno regular o reserva de vacante con horario escolar (solo alumnos).

### **IMPORTANTE**

**La documentación se recibirá en original sin tachaduras ni enmiendas, con letra clara y la misma tinta.  
Se ruega no repetir informes de evaluación o evolución. En caso de no haber evolución favorable, explicarlo.**



# Requisitos - Prestadores Acompañante Terapéutico

## Documentación específica del prestador:

- ✓ CBU (certificado por el Banco).
- ✓ Ingresos Brutos.
- ✓ AFIP y pago de último Monotributo.

## En caso de una solicitud de alta presentar:

- ✓ Fotocopia del título habilitante y certificados de formación de acompañante terapéutico afines a la problemática del afiliado (si tuviera). Debe estar reconocido por organismos públicos nacionales, provinciales o municipales tales como el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerios de Salud, Dirección Gral. de Cultura, Dirección Provincial de Educación de Gestión Privada y Universidades Nacionales (no se aprobarán certificados de cursos on-line).
- ✓ Currículum vitae con teléfono, mail de contacto y referencias comprobables.
- ✓ Datos de la institución o profesional con quien supervisa su práctica.
- ✓ Plan de trabajo del A.T. que incluya objetivos generales específicos y metodología de trabajo, acciones a desarrollar del equipo interviniente considerando que el acompañante terapéutico debe insertarse en un tratamiento interdisciplinario.
- ✓ En caso de concurrir a una institución adjuntar la orden de autorización y el acta presentando conformidad para el desempeño de su trabajo.

## En caso de una renovación de alta presentar:

- ✓ Fotocopia del título habilitante y certificados de formación de Acompañante terapéutico afines a la problemática del afiliado (si tuviera). En caso de no contar con este tipo de certificación quedará sujeto a aprobación de auditoría.
- ✓ Currículum vitae con teléfono, mail de contacto y referencias comprobables.
- ✓ Datos de la institución o profesional con quien supervisa su práctica.
- ✓ Plan de trabajo del A.T. que incluya objetivos generales específicos y metodología de trabajo, acciones a desarrollar del equipo Interviniente considerando que el acompañante terapéutico debe insertarse en un tratamiento interdisciplinario.
- ✓ Informe de evolución del trabajo realizado que incluya modalidad de atención, objetivos alcanzados y con firmas del acompañante terapéutico y supervisor.

## IMPORTANTE

**La documentación se recibirá en original, sin tachaduras ni enmiendas, con letra clara y la misma tinta.**



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Apellido/s y nombre/s \_\_\_\_\_

DNI Nº \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Afiliado Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estado actual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Médico Auditor

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Médico de Cabecera



## **PEDIDO MÉDICO**

Apellido/s y nombre/s \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ Afiliado N° \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Indicación Médica** (indicar todas las prestaciones que necesita el afiliado durante todo el año y la cantidad de horas por semana).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Período \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ año 2025

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Médico de Cabecera



## CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN 2025

### ANEXO II

#### Datos del beneficiario

Número de Afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Mail del afiliado: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo ( \_\_\_\_ ) N° \_\_\_\_\_,

doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detalla/n y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Periodo de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Periodo de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Periodo de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Periodo de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

#### Si el firmante no es la persona con discapacidad completar:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: \_\_\_\_\_

manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI



## PRESUPUESTO PARA ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Si usted ha descargado el archivo, cuenta con la posibilidad de completar la información en su computadora e imprimirla

### Datos del afiliado - Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Afiliado N° \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Datos para la prestación

Prestación a brindar (aclarar la cantidad semanal de horas) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Datos del prestador

Nombre y apellido / Razón Social \_\_\_\_\_

Domicilio real donde se brindará la prestación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Cronograma de Asistencia

Acompañante terapéutico	Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Desde							
	Hasta							

Monto mensual \$ \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

PROFESIONAL

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
Firma original

\_\_\_\_\_  
Firma original

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Sello

\_\_\_\_\_  
Vínculo / DNI



## PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

**\*Completar con lapicera azul\***

Prestador \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. (     ) \_\_\_\_\_

Apellido y nombre del beneficiario \_\_\_\_\_

DNI Nº \_\_\_\_\_ Afiliado Nº \_\_\_\_\_

Prestación \_\_\_\_\_

Período (mes y año) \_\_\_\_\_

Fecha dd/mm/aa	Horario	Cantidad de Sesiones	Firma del Profesional	Firma del Familiar Responsable

**PROFESIONAL**

**BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración y sello

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Matrícula

\_\_\_\_\_  
Vínculo / DNI





## BAJA Y ALTA DE PRESTADOR

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Quien suscribe Sr./Sra. \_\_\_\_\_

familiar de \_\_\_\_\_

Afiliado N° \_\_\_\_\_

Informo a través de la misma, la BAJA DEL PRESTADOR \_\_\_\_\_

con especialidad en \_\_\_\_\_

y solicito el ALTA DEL PRESTADOR \_\_\_\_\_

con especialidad en \_\_\_\_\_

Motivo de la baja \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del titular

Aclaración

DNI

Firma y sello del  
Médico Auditor