

El siguiente formulario también es aplicable para:



cmsalud

PARA TENER EN CUENTA:

Para utilizar los servicios de Atención Ambulatoria del Equipo de Salud Mental es indispensable exhibir la credencial, junto con la cuota mensual al día.

LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN:

Tiene por objeto lograr una adecuada asignación de las distintas variantes terapéuticas que el equipo profesional puede ofrecer a los pacientes. En ella se evaluará motivo de consulta, pertinencia de tratamiento, dispositivo de atención adecuado y derivación al profesional que resulte más conveniente.

En esta etapa se realizará la apertura de una Historia Clínica de Salud Mental.

IMPORTANTE: La entrevista de Admisión cuenta con un coseguro / copago que deberá abonarse al profesional en la entrevista. El importe será el que corresponda al plan del afiliado y de acuerdo a las normas vigentes para los servicios que ofrece la empresa. Se contará con un plazo de 60 días para realizar la consulta. Caso contrario, se deberá realizar una nueva entrevista. Recuerde que, en caso de ausentarse en por lo menos 2 oportunidades sin previo aviso, el profesional admisor podrá solicitarle el pago de aquel coseguro nuevamente.

LAS SESIONES PROFESIONALES:

1. El paciente y /o sus familiares, deberán proporcionar al profesional actuante todos los datos relevantes actuales y anteriores que les puedan ser requeridos para confeccionar de manera íntegra y completa la Historia Clínica. Hacerlo sin omisiones es muy importante para el tratamiento.
2. El profesional o el paciente podrán, a su sola solicitud, realizar el cambio de profesional al que fue derivado, decisión que debe ser comunicada y autorizada por la Coordinación de Salud Mental y asentada en la Historia Clínica. La opción de cambio se sugiere no realizarla en más de una oportunidad.
3. Las entrevistas siguientes, posteriores a la derivación, formarán parte de la cobertura en Salud Mental correspondiente al plan del afiliado, que regirán a partir de allí del acuerdo a las normas y condiciones del plan contratado, en relación al coseguro y cantidad de sesiones cubiertas.
4. Al comienzo de cada periodo mensual, las sesiones correspondientes deberán ser autorizadas previamente al inicio de tal periodo y mientras dure la cobertura.
5. El contrato mínimo será de una entrevista semanal de no menos de 30 minutos, pudiendo ser modificado con la presentación y justificación en un resumen de Historia Clínica, para la evaluación y autorización por parte del equipo de Auditoría de Cobermed.
6. En caso de requerirse la continuación de tratamiento posterior a la cobertura, se pactará un honorario preferencial que deberá ser abonado al profesional por el afiliado o quien éste determine.
7. La cobertura autorizada a partir de la entrevista de admisión será anual. Se podrá autorizar excepcionalmente un segundo periodo anual, previamente justificado por la Historia Clínica. No se autorizará un subsiguiente periodo anual de cobertura en el mismo dispositivo de tratamiento ambulatorio, en cuyo caso, será re-evaluada la situación en una nueva ENTREVISTA DE ADMISIÓN.
8. **CIERRE DE HISTORIA CLÍNICA:** Se producirá por ALTA profesional; por **INTERRUPCIÓN DE TRATAMIENTO** en los casos en que se reiteraran inasistencias sin previo aviso (2 sesiones consecutivas); por **INCUMPLIMIENTO** en las indicaciones terapéuticas; si se verificase saldo deudor en cuenta corriente; si se ejerciese cualquier acto de inconducta o agresión (física o verbal) hacia el / los agentes de salud involucrado en la prestación.
9. **INASISTENCIAS:** Las inasistencias que no fuesen comunicadas al profesional previamente (entre 24 y 48 horas antes) serán consideradas como prestaciones autorizadas, correspondiente al turno bloqueado para conservar el horario.

El siguiente formulario también es aplicable para:



cmsalud

IMPORTANTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO / RECHAZO TERAPÉUTICO

El profesional debe informar al paciente sobre el tratamiento / prestación brindada para lo cual el paciente, o quien se indique, deberá consentir mediante la firma del **CONSENTIMIENTO INFORMADO**.

En el supuesto que el paciente no aceptara las indicaciones terapéuticas de el/los profesionales actuantes, será responsable por sí de las consecuencias en que ello deviniere, siempre y cuando estén dadas las posibilidades de comprensión de la situación. Para ello deberá firmar el formulario de **RECHAZO TERAPÉUTICO** (o documento que así lo acredite) indicando expresamente la decisión de su accionar.

Lugar: Fecha: / /

Firma del Paciente

Aclaración

DNI