



## **INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:**

**Form. D.1.1.1.**

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de ATENCIÓN AMBULATORIA - ADMISIÓN y ORIENTACIÓN por EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO** prescripto para pacientes con **TRASTORNOS PSICODEPENDIENTES por DROGADEPENDENCIA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:**

**1.-Resumen de Historia Clínica** firmada y sellada por médico psiquiatra o psicólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**, según **DSM IV** debiendo considerarse los Ejes para diagnóstico en Adicciones F11.2x - F12.2x - F13.2x - F14.2x - F15.2x - F16.2x - F18.2x y 19.2x, debiendo evaluar la situación socio-ambiental.

**2.-Prescripción médica emitida por profesional que no pertenezca a la institución que brindará el tratamiento prescripto**, especificando el Módulo de Admisión y Orientación ( con un mínimo de 4 y un máximo de 6 consultas ) y diagnóstico presuntivo según DSM IV, debiendo considerarse los Ejes para el diagnóstico en adicciones especificados en el formulario específico **Resumen de Historia Clínica en Drogadependencia**.

**3.-En caso de derivaciones por vía judicial**, el diagnóstico presuntivo y la Indicación del tratamiento debe ser **indicado por un profesional competente, psicólogo o médico psiquiatra** para evaluar un diagnóstico referente a salud mental, **es decir no solo indicado por un juez**.

**4.-Consentimiento Informado**, firmado y sellado por profesional tratante y el paciente o familiar. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:**

**1.-Copia de la resolución completa de habilitación de la Institución en la Superintendencia de Servicios de Salud.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. D.1.1.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de TRATAMIENTO AMBULATORIO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS** prescripto para pacientes con **TRASTORNOS PSICODEPENDIENTES por DROGADEPENDENCIA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

- 1.- **Resumen de Historia Clínica** firmada y sellada por médico psiquiatra o psicólogo:
  - Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
  - Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
  - Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico.** Para aquellos pacientes que ya hayan recibido atención previa en modalidades de Hospital de Medio Día, Hospital de Día, Internación Psiquiátrica para Desintoxicación e Internación Psiquiátrica en Comunidad Terapéutica Residencial y seguirán en tratamiento en esta modalidad hasta el alta definitiva.
- 2.- **Prescripción profesional de Tratamiento ambulatorio emitida por profesional que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento prescripto.** Se otorgará por 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
- 3.- En caso de **derivaciones por vía judicial**, el diagnóstico presuntivo y la Indicación del tratamiento debe ser **indicado por un profesional competente, psicólogo o médico psiquiatra** para evaluar un diagnóstico referente a salud mental, **es decir no solo indicado por un juez.**
- 4.- **Consentimiento Informado**, firmado y sellado por profesional tratante y el paciente o familiar. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

- 1.- **Copia de la resolución completa de habilitación de la Institución en la Superintendencia de Servicios de Salud.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



## **INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:**

**Form. D.1.1.3.**

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de HOSPITAL DE MEDIO DÍA** prescripto para pacientes con **TRASTORNOS PSICODEPENDIENTES por DROGADEPENDENCIA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:**

**1.- Resumen de Historia Clínica** firmada y sellada por médico psiquiatra o psicólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**. Como criterios de admisión el paciente deberá tener **Conciencia de situación y enfermedad, red de contención familiar, actividades laborales o escolares en curso**.

**2.-Prescripción profesional de Hospital de Medio Día ( 4 horas ) emitida por profesional que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento prescripto**. Se otorgará por 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.

**3.-En caso de derivaciones por vía judicial**, el diagnóstico presuntivo y la Indicación del tratamiento debe ser **indicado por un profesional competente, psicólogo o médico psiquiatra** para evaluar un diagnóstico referente a salud mental, **es decir no solo indicado por un juez**.

**4.- Consentimiento Informado**, firmado y sellado por profesional tratante y el paciente o familiar. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:**

**1.-Copia de la resolución completa de habilitación de la Institución en la Superintendencia de Servicios de Salud.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

**Form. D.1.1.4.**

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de HOSPITAL DE DÍA** prescripto para pacientes con **TRASTORNOS PSICODEPENDIENTES por DROGADEPENDENCIA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

**1.-Resumen de Historia Clínica** firmada y sellada por médico psiquiatra o psicólogo:

- Datos del Beneficiario** -(nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**. Como criterios de admisión el paciente deberá tener **Conciencia de situación y enfermedad, escasa red de contención familiar y sin actividades laborales o escolares en curso**.

**2.-Prescripción profesional de Hospital de Día (8 horas) emitida por profesional que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento prescripto**. Se otorgará por 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.

**3.-En caso de derivaciones por vía judicial**, el diagnóstico presuntivo y la Indicación del tratamiento debe ser **indicado por un profesional competente, psicólogo o médico psiquiatra** para evaluar un diagnóstico referente a salud mental, **es decir no solo indicado por un juez**.

**4.-Consentimiento Informado**, firmado y sellado por profesional tratante y el paciente o familiar. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

**1.- Copia de la resolución completa de habilitación de la Institución en la Superintendencia de Servicios de Salud.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



## INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

**Form. D.1.1.5.**

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de HOSPITAL DE NOCHE** prescripto para pacientes con **TRASTORNOS PSICODEPENDIENTES por DROGADEPENDENCIA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

**1.-Resumen de Historia Clínica** firmada y sellada por médico psiquiatra o psicólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico.** Se constatará la evolución del paciente y que haya cumplido con algún tratamiento previo para llegar a esta instancia de prestación. Deberán acreditar que el paciente trabaja efectivamente en forma estable como mínimo de 4 a 8 horas. En este caso el paciente cumplido el horario de trabajo regresa a la comunidad terapéutica para un grupo de cierre y sólo reside allí para dormir.

**2.-Prescripción médica de Internación, emitida por profesional que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento prescripto.** Se otorgará por 60 días.

**3.-En caso de derivaciones por vía judicial**, el diagnóstico presuntivo y la Indicación del tratamiento debe ser **indicado por un profesional competente, psicólogo o médico psiquiatra** para evaluar un diagnóstico referente a salud mental, **es decir no solo indicado por un juez.**

**4.-Consentimiento Informado**, firmado y sellado por profesional tratante y el paciente o familiar. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

**5.-Certificado de Trabajo**, que acredite trabajo estable de 4 a 8 horas diarias.

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

**1.- Copia de la resolución completa de habilitación de la Institución en la Superintendencia de Servicios de Salud.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



## **INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:**

Form. D.1.2.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA DESINTOXICACIÓN** prescripto para pacientes con **TRASTORNOS PSICODEPENDIENTES por DROGADEPENDENCIA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:**

**1.-Resumen de Historia Clínica** firmada y sellada por médico psiquiatra o psicólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico** En casos de **Intoxicación severa, aguda, con descompensación Clínico-Psiquiátrica** por uso indebido de sustancias psicoactivas.

**2.-Prescripción médica de Internación emitida por profesional que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento prescripto**, con diagnóstico presuntivo según **DSM IV**. Se otorgará por 30 días con posibilidad de renovación por 30 días más, sujeto a la evaluación profesional.

**3.-En caso de derivaciones por vía judicial**, el diagnóstico presuntivo y la Indicación del tratamiento debe ser **indicado por un profesional competente, psicólogo o médico psiquiatra** para evaluar un diagnóstico referente a salud mental, **es decir no solo indicado por un juez**.

**4.-Consentimiento Informado**, firmado y sellado por profesional tratante y el paciente o familiar. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:**

**1.- Copia de la resolución completa de habilitación de la Institución en la Superintendencia de Servicios de Salud.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



## **INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:**

**Form. D.1.2.2.**

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de INTERNACIÓN EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA RESIDENCIAL** prescripto para pacientes con **TRASTORNOS PSICODEPENDIENTES por DROGADEPENDENCIA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:**

**1.-Resúmen de Historia Clínica** firmada y sellada por médico psiquiatra o psicólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** En casos de **Intoxicación Crónica Severa**, con falta de contención familiar y cuando el paciente no sostiene actividades laborales ni educativas.

**2.-Prescripción médica de Internación emitida por profesional que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento prescripto**, con diagnóstico presuntivo según **DSM IV**. Se otorgará por 12 meses.

**3.-En caso de derivaciones por vía judicial**, el diagnóstico presuntivo y la Indicación del tratamiento debe ser **indicado por un profesional competente, psicólogo o médico psiquiatra** para evaluar un diagnóstico referente a salud mental, **es decir no solo indicado por un juez**.

**4.-Consentimiento Informado**, firmado y sellado por profesional tratante y el paciente o familiar. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:**

**1.- Copia de la resolución completa de habilitación de la Institución en la Superintendencia de Servicios de Salud.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.