

Anexo XVIII**Planilla Asistencia: Módulo 7**Prevención de Recaídas

Prevención de Recaídas					
Psicoterapia					
Nombre y Apellido del Afiliado	Fecha	Firma y sello Profesional	Firma del Afiliado	Aclaración	D.N.I.
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					

Corresponderá 4 o 5 encuentros según las semanas del mes que corresponda. El afiliado y/o familiar solo firmará cuando las entrevistas han sido efectivamente realizadas.

Prevención de Recaídas					
Entrevista Médica (*)					
Nombre y Apellido del Afiliado	Fecha	Firma y sello Profesional	Firma del Afiliado	Aclaración	D.N.I.
1-					
2-					

Una entrevista psiquiátrica quincenal. El afiliado y/o familiar sólo firmará cuando las entrevistas han sido efectivamente realizadas.

(*) Los profesionales médicos que pueden integrar informes y participar de las prestaciones de este Programa son: Psiquiatras, paidopsiquiatras, neurólogos, neuropediatras, geriatras, fisiatras, y médicos generales o de familia. Todos los inscriptos en el marco de este programa y con especialidad comprobable. En el caso que en la región solamente existiera un profesional cuya especialidad no esté incluida en esta lista la auditoría médica del IAPOS podrá autorizarlo a inscribirse como excepción.

Prevención de Recaídas				
Grupo de Pares				
Fecha	Firma y sello Profesional	Firma del Afiliado	Aclaración	D.N.I.
4-				
5-				

Un encuentro semanal de 2hs. El afiliado y/o familiar sólo firmará cuando los encuentros han sido efectivamente realizados.

Prevención de Recaídas					
Terapia Familiar					
Nombre y Apellido del Afiliado	Fecha	Firma del Profesional	Firma del Afiliado	Aclaración	D.N.I.
1-					
2-					

Una sesión quincenal de 2hs. El afiliado y/o familiar sólo firmará cuando los encuentros han sido efectivamente realizados.