



## **INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN SADAIC**

(R/P + Autorización en la O.S)

- Confeccionar R/P con el pedido de sesiones correspondiente. Sugerimos, a continuación, dos modelos de R/P.
- El/la paciente debe autorizar dicha orden en su O.S. Desde auditoría solo se sellará el R/P.
- La/el psicóloga/o debe presentar en CDT la orden, autorizada.
- Código 330101/330103: se pueden autorizar hasta 4 sesiones por mes, 30 anuales.

- Reconoce atención remota. Adjuntar hoja impresa del mail enviado por el/la paciente, con el consentimiento de la práctica realizada. Ante cualquier duda, se puede consultar por mail a [protocolopsi2020@gmail.com](mailto:protocolopsi2020@gmail.com)
- Consentimiento vía mail: "(Nombre del/la paciente) \_\_\_\_, con DNI N°\_\_\_\_\_ afiliado a (nombre de la O.S.), con N° de afiliación \_\_\_\_\_, he aceptado y confirmo la realización de (1) \_\_ (práctica que corresponde) \_\_\_\_\_, con el /la Psicóloga/o (2) \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ a las \_\_\_ horas.



## **MODELO DE R/P 1**

|         |                      |       |                      |
|---------|----------------------|-------|----------------------|
| Nº MAT. | <input type="text"/> | FECHA | <input type="text"/> |
|---------|----------------------|-------|----------------------|

OBRA SOCIAL

Nº Afiliado:

Nombre y Apellido:

Solicito autorización para ..... sesiones de .....  
..... (cód. ....)

Diagnóstico:

| Fecha                | Firma                | Aclaración           | Nº DNI               |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dir. Consultorio: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_

.....  
Firma y Sello



## **MODELO DE R/P 2**

EJ: 4  
(Cuatro)  
Sesiones  
Psicoterapia  
Individual  
(330101)

|   |
|---|
| <p><i>Nombre y Apellido</i><br/><i>Psicólogo/a- Mat. N° .xxxx</i></p>   |
| <p><b>R/P:</b><br/>Nombre y apellido de la/el pte:<br/>DNI:<br/>Obra Social:<br/>N° De Afiliado/a:<br/>Diagnóstico:</p> |
| <p>Solicito autorización para realizar .....sesiones de<br/>.....(Código .....) para el mes de ..... de 20....</p>      |
| <p>Firma y<br/>sello profesional</p>  |
| <p><i>Teléfono. Dirección de consultorio- Ciudad</i></p>  |