



COLEGIO DE  
PSICÓLOGAS  
Y PSICÓLOGOS

PROV. DE SANTA FE - 2º CIRC  
ROSARIO - ARGENTINA

## **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)

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