

# Instructivo de Discapacidad por el período 2024

---

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

---

Leé atentamente la siguiente información, la cual te ayudará a completar los documentos.

■ LOS FORMULARIOS PODRÁN FIRMARSE EN FORMA OLÓGRAFA, ELECTRÓNICA, O DIGITAL Y DEBERÁN ENVIARSE VÍA MAIL EN FORMATO DE ARCHIVO PDF:

Si la cobertura médica le es brindada por Obra Social Programas Médicos y una Empresa de Medicina Privada, recuerde contactarse con la Prepaga para acceder a los Prestadores de Cartilla.

Si su cobertura es por Plan Médico Obligatorio, escribanos a: [discapacidad@osprogmed.com.ar](mailto:discapacidad@osprogmed.com.ar)

Le ofrecemos una guía que le permitirá comprender la documentación y formularios a completar

■ LOS DATOS INCORPORADOS REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, ESTANDO SUJETOS A VERIFICACIÓN POR PARTE DE ESTE AGENTE DE SALUD. CUALQUIER IRREGULARIDAD O MODIFICACIÓN SIN LA COMUNICACIÓN DEBIDA, GENERARÁ LA SUSPENSIÓN O DISCONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN.

■ POR DISPOSICIÓN DEL MECANISMO DE INTEGRACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, NO PODRÁN SOLICITARSE NI AUTORIZARSE PRESTACIONES DE MANERA RETROACTIVA, Y LAS MISMAS DEBERÁN SER FACTURADAS POR EL PRESTADOR A LA OBRA SOCIAL. NO SE AUTORIZARÁN PRESTACIONES BAJO LA MODALIDAD DE REINTEGRO AL BENEFICIARIO.

■ EN CASO DE SOLICITAR UN CAMBIO DE PRESTADOR, DEBERÁS PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN DEL NUEVO PRESTADOR Y EL FORMULARIO DE CAMBIO DE PRESTADOR (Anexo 3).

■ PODRÁS VERIFICAR:

INSTITUCIONES CATEGORIZADAS POR LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD EN EL SIGUIENTE LINK:

<https://apps.snr.gov.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

PROFESIONALES INDIVIDUALES QUE ESTÉN HABILITADOS POR LA SSSALUD PARA BRINDAR TERAPIAS DE REHABILITACIÓN EN EL SIGUIENTE LINK:

<https://www.sssalud.gov.ar/?cat=prestadores&page=busmed>

CONSULTA PARA INSTITUCIONES, PROFESIONALES INDIVIDUALES Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA

<https://www.sssalud.gov.ar/?cat=prestadores&page=buspres>

RESOLUCIÓN 4/2024 <https://www.argentina.gov.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-4-2024-400484>

■ EL EQUIPO DE DISCAPACIDAD PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL O REALIZAR UNA EVALUACIÓN INTERDISCIPLINARIA DE ACUERDO AL ART.11, LEY 24901. A FIN DE QUE LA AUTORIZACIÓN SE REALICE DE MANERA ADECUADA A LAS NECESIDADES DE CADA BENEFICIARIO.

## SOLICITUD DE PRESTACIONES

---

### DOCUMENTACIÓN BÁSICA:

- **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES (RES. 1731/21) (Anexo 2)**
- **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Formulario 1)** confeccionado por el médico tratante, justificando las prestaciones solicitadas.
- **FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD VIGENTE.**
- **CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR** del año en curso, indicando el CUE (Código único de escuela)
- **CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (Formulario 11)** completo por el beneficiario titular. Debe presentarse un solo formulario con todas las prestaciones. (Ver en el instructivo)
- **FORMULARIO FIM (Medida de Independencia Funcional) (Anexo 1)** Sólo en caso de requerir dependencia. Para CET, centro de día y hogares debe estar firmado por un terapeuta ocupacional. En caso de requerir para transporte, debe estar firmado por terapeuta ocupacional y/o médico tratante.

Deberá estar completo y firmado por el médico tratante, teniendo en cuenta las siguientes aclaraciones:

- Se podrá contemplar para mayores de 6 años.
- El equipo interdisciplinario evaluará el dispositivo usado por el transportista y/o institución para su consideración.
- Debe ser completado en su totalidad (6 hojas) incluyendo la escala numérica de puntuación.

## TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

---

En la orden médica, así como en el resto de la documentación, sólo se debe indicar la especialidad (psicología, fonoaudiología, terapia ocupacional), NO la técnica ni el abordaje (ej.: tratamiento cognitivo conductual, neurolingüística, integración sensorial, etc).

Se indica (especificar tratamiento) (3)

(3) En las prestaciones brindadas en formato de módulo deberá detallarse el tipo de jornada solicitada.

Los tratamientos de rehabilitación podrán ser psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, etc .

### DEBERÁS PRESENTAR:

■ **ORDEN MÉDICA** (Formulario 2) prescripta por el médico tratante.

■ **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL/EVOLUTIVO** (Formulario 12).

**Inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

**Evolutivo:** en el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

■ **PRESUPUESTO DE REHABILITACIÓN** (Formulario 5) uno por cada prestación solicitada. Confeccionado y firmado por la institución o el profesional que lo llevará a cabo.

■ **NOTA** las instituciones categorizadas para brindar rehabilitación, deberán presupuestar por módulos (Integral Simple o Intensivo) detallando en cada módulo las especialidades.  
(Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente).

■ **TÍTULO UNIVERSITARIO** Las prestaciones de rehabilitación brindadas por personas físicas solo serán reconocidas si los mismos presentan título habilitante.

■ **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL**, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

## TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

---

- **MATRÍCULA** habilitante para ejercer en jurisdicción correspondiente.
- **HABILITACIÓN DEL CONSULTORIO** Gabinete y/o Consultorio con la correspondiente habilitación sanitaria para brindar la prestación, exigida según la jurisdicción (Resolución Secretaria de Gobierno de Salud 1086/2019, o la que en el futuro la reemplace). En caso que no se encuentre a nombre del Profesional deberá presentar una nota del Titular del mismo, informando que el Profesional desarrolla actividades allí.
- **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES** (Anexo 2) firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
- **INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL** (seis meses desde el inicio de la prestación).
- **INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- **FOTOCOPIA DEL CUIT DE LA INSTITUCIÓN O EL PROFESIONAL** que brinde la prestación.

## INTEGRACIÓN / INCLUSIÓN ESCOLAR EN ESCUELA COMÚN

- El servicio se brindará de acuerdo con las necesidades educativas que requiera la persona con discapacidad.
- Las horas requeridas deberán ser cubiertas por un único Prestador al que se le reconocerá el valor indicado en el Nomenclador de Prestaciones Básicas.
- Solo se autorizará un único modulo y a un único Prestador que brinde la integración a través de las figuras de: maestra de apoyo o apoyo a la integración escolar.
- Las figuras de apoyo a la integración escolar y Maestra de apoyo se excluyen entre sí.
- No se reconocerá el concepto de matrícula para ninguna de las dos figuras.

**a) APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO:** institución o equipo de profesionales acreditados en el Servicio Nacional de Rehabilitación.

### DEBERÁS PRESENTAR:

- **ORDEN MÉDICA** (Formulario 2) prescripta por el médico tratante, indicando en el pedido médico "apoyo a la integración escolar equipo".
- **PROYECTO PEDAGÓGICO INDIVIDUAL** (Formulario 4) firmado por el profesional que realiza la integración, detallando la modalidad de prestación educativa realizada, los objetivos y las diferentes actividades a realizar en la institución. Deberá estar fundamentado y avalado por la institución educativa y el órgano de supervisión.
- **PRESUPUESTO EDUCATIVO DE PRESTACIONES EDUCATIVAS / TERAPÉUTICO EDUCATIVAS** (Formulario 6) firmado por la institución que realiza la integración.  
(Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente).
- **CATEGORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EXPEDIDA POR LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (ANDIS)** en caso de ser una institución categorizada para brindar servicio de Rehabilitación.
- **FOTOCOPIA DEL CUIT DE LA INSTITUCIÓN O EL PROFESIONAL** que brinde la prestación.
- **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES** (Anexo 2) firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
- **INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL** (seis meses desde el inicio de la prestación).
- **ADAPTACIONES CURRICULARES** confeccionado por el prestador. No se requiere un modelo específico.
- **ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN** (Formulario 9) se trata de un compromiso de todas las partes que intervienen en la integración del alumno. Debe contener el membrete y sello de la institución educativa a la que concurre el alumno, firma y aclaración de todas las partes intervinientes: directivos de la escuela, responsable de la institución o equipo de integración y padres.

## INTEGRACIÓN / INCLUSIÓN ESCOLAR EN ESCUELA COMÚN

---

### ■ INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL/EVOLUTIVO (Formulario 12).

**Inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

**Evolutivo:** en el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

**b) MAESTRO DE APOYO:** Profesional individual a cargo de esta prestación. Quien brinde esta prestación deberá poseer título afín a la pedagogía (psicopedagogos, docentes especiales). No se aceptarán prestaciones brindadas por terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, musicoterapeutas, docentes de nivel inicial

### DEBERÁS PRESENTAR:

■ **ORDEN MÉDICA** (Formulario 2) prescripta por el médico tratante.

■ **PROYECTO PEDAGÓGICO INDIVIDUAL** (Formulario 4) firmado por el profesional que realiza la integración. El mismo detalla la modalidad de prestación educativa realizada, los objetivos y las diferentes actividades a realizar en la institución. El mismo deberá estar fundamentado y avalado por la institución educativa y el órgano de supervisión.

■ **PRESUPUESTO EDUCATIVO DE PRESTACIONES EDUCATIVAS / TERAPÉUTICO EDUCATIVAS** (Formulario 6) firmado por el profesional.

(Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente).

■ **ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN** (Formulario 9) se trata de un compromiso de todas las partes que intervienen en la integración del alumno. Debe contener el membrete y sello de la institución educativa a la que concurre el alumno, firma y aclaración de todas las partes intervinientes: directivos de la escuela, responsable de la institución o equipo de integración y padres.

■ **ADAPTACIONES CURRICULARES** confeccionado por el prestador. No se requiere un modelo específico.

■ **FOTOCOPIA DEL CUIT DEL PROFESIONAL** que brinde la prestación.

■ **TÍTULO HABILITANTE Y CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS** La prestación deberá ser brindada por una persona física, solo será reconocida si la misma presenta título universitario o título profesor de educación especial. En caso de ser Profesora de educación especial deberá sumar al título el certificado analítico de materias.

■ **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES** (Anexo 2) firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.

■ **INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL** (seis meses desde el inicio de la prestación).

## INTEGRACIÓN / INCLUSIÓN ESCOLAR EN ESCUELA COMÚN

---

- **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL/EVOLUTIVO** (Formulario 12).

**Inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

**Evolutivo:** en el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

## ESCUELA ESPECIAL / PRESTACIONES TERAPÉUTICO-EDUCATIVAS

---

Escuela Especial: Inicial, E.G.B, formación laboral. Para el reconocimiento de la matrícula se deberá especificar en la orden médica y presupuesto, indicando período prestacional desde Febrero a Diciembre Prestaciones Terapéutico-Educativas: centro de día, centro educativo terapéutico (CET).

**DEBE DETALLAR EN LA DOCUMENTACIÓN EL TIPO DE JORNADA SOLICITADA (SIMPLE O DOBLE).**

**DEBERÁS PRESENTAR:**

- **ORDEN MÉDICA** (Formulario 2) prescripta por el médico tratante.

- **PROYECTO PEDAGÓGICO INDIVIDUAL** (Formulario 4) firmado por el profesional que realiza la integración. El mismo detalla la modalidad de prestación educativa realizada, los objetivos y las diferentes actividades a realizar en la institución. El mismo deberá estar fundamentado y avalado por la institución educativa y el órgano de supervisión.

- **PRESUPUESTO EDUCATIVO DE PRESTACIONES EDUCATIVAS / TERAPÉUTICO EDUCATIVAS**

(Formulario 6) firmado por los directivos de la institución o por el representante legal.

(Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente).

- **CATEGORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EXPEDIDA POR LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (ANDIS)**

- **FOTOCOPIA DEL CUIT DE LA INSTITUCIÓN** que brinde la prestación.

- **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES** (Anexo 2) firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.

- **INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL** (seis meses desde el inicio de la prestación).

- **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL/EVOLUTIVO** (Formulario 12).

**Inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

**Evolutivo:** en el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

## ESTIMULACIÓN TEMPRANA

---

Podrá ser brindada por una institución o un equipo de profesionales. La institución deberá estar acreditada y estar a cargo de un terapeuta en Estimulación Temprana, en el marco de un equipo interdisciplinario. Se deberá aclarar la frecuencia semanal de dicha práctica y los distintos profesionales intervinientes.

De acuerdo a la resolución 1328/06, el equipo básico que brindará la prestación estará conformado por:

- Médico pediatra y/o neurólogo infantil.
- Terapeuta especializado en estimulación temprana, con título de postgrado a partir de su título habilitante (Fonoaudiólogo - Psicopedagogo - Psicólogo - Kinesiólogo - Psicomotricista - Terapeuta Ocupacional - etc.) o profesores en educación especial con especialización o tecnicatura en estimulación temprana con título oficial.
- Psicólogo.

### DEBERÁS PRESENTAR:

- **ORDEN MÉDICA** (Formulario 2) prescripta por el médico tratante.
- **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL** (Formulario 3) detallando modalidad y objetivos del tratamiento, confeccionado y firmado por el profesional que lo llevará a cabo.
- **PRESUPUESTO DE REHABILITACIÓN** (Formulario 5) deberá presentar un presupuesto confeccionado y firmado por la institución o el profesional que la llevará a cabo.  
(Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente).
- **FOTOCOPIA DEL CUIT DE LA INSTITUCIÓN** que facture por la prestación.
- **TÍTULO UNIVERSITARIO** Las prestaciones de rehabilitación brindadas por personas físicas solo serán reconocidas si los mismos presentan título habilitante. (Debe presentarse el título de cada profesional que integre el equipo).
- **TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN DEL PROFESIONAL EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA**
- **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES** (Anexo 2) firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
- **INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).
- **INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL** (seis meses desde el inicio de la prestación).
- **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL/EVOLUTIVO** (Formulario 12).  
**Inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.  
**Evolutivo:** en el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

## PRESTACIONES ASISTENCIALES

---

Son aquellas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (hábitat - alimentación - atención especializada), entre los que se encuentran: pequeños hogares, residencias y hogares.

### DEBERÁS PRESENTAR:

- **ORDEN MÉDICA** (Formulario 2) prescripta por el médico tratante.
- **INFORME SOCIAL** Documento que facilita datos e información referente a la situación del beneficiario, elaborado por el Trabajador Social. El Licenciado en Trabajo Social que formule el informe, no podrá pertenecer a la Institución que brinde el tratamiento. Deberá indicar: Nombre y apellido del beneficiario que recibe la prestación y N° de DNI.
- **INFORME MÉDICO** que indique la necesidad de la internación. Deberá indicar: Nombre y apellido del beneficiario que recibe la prestación, Número de beneficiario y Número de DNI.
- **INFORME O CÉDULA JUDICIAL EN CASO DE QUE CORRESPONDA**
- **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL** (Formulario 3) firmado por los directivos de la institución o por el representante legal. El mismo detalla la modalidad de prestación realizada, los objetivos y las diferentes actividades a realizar en la institución.
- **PRESUPUESTO PARA PRESTACIONES ASISTENCIALES** (Formulario 8) firmado por los directivos de la institución o por el representante legal.  
(Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente).
- **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES** (Anexo 2) firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
- **INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL** (seis meses desde el inicio de la prestación).
- **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL/EVOLUTIVO** (Formulario 12).

**Inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

**Evolutivo:** en el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

## TRANSPORTE A LAS TERAPIAS Y/O ESCOLARIDAD

---

SERÁ OTORGADA ÚNICAMENTE EN CASO DE QUE EL BENEFICIARIO SE ENCUENTRE IMPOSIBILITADO DE TRASLADARSE EN LOS MEDIOS PÚBLICOS DE TRANSPORTE. SE CUBRIRÁN LOS TRASLADOS DE IDA Y VUELTA DEL BENEFICIARIO DESDE Y HACIA LAS PRESTACIONES, CENTROS DE REHABILITACIÓN E INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE SEAN FINANCIADAS POR ESTE AGENTE DE SALUD. LOS KILÓMETROS AUTORIZADOS SERÁN LOS QUE SE DETERMINEN SEGÚN EL DESTINO DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN QUE BRINDA GOOGLE MAPS. EN AQUELLOS CASOS EN QUE SE EXCEDA LA CANTIDAD DE KILÓMETROS AUTORIZADOS POR EL ORGANISMO DE CONTRALOR, LAS MISMAS QUEDARÁN SUJETAS A EVALUACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y DEL ORGANISMO MENCIONADO. ESTE AGENTE DE SALUD PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL.

### DEBERÁS PRESENTAR:

- **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES** (Anexo 2) firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
- **JUSTIFICACIÓN MÉDICA** (Formulario 10) prescripta por el médico tratante, indicando la dirección de origen y destino.
- **PRESUPUESTO DE TRANSPORTE**  
firmado y aclarado por el titular de la empresa de transporte. (Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente).
- **IMPRESIÓN DE Google Maps** (buscar los tramos presupuestados seleccionando la opción "cómo llegar" en la página web: <https://www.google.com.ar/>).
- **LICENCIA DEL CONDUCTOR VIGENTE.**
- **SEGURO DEL AUTOMOTOR VIGENTE.**  
\* En caso de no coincidir la licencia y el seguro con el titular de la empresa de transporte, deberá presentar una nota dicho titular informando que la persona por la cual se presenta la documentación trabaja con la empresa que presupuesta la prestación.
- **HABILITACIÓN MUNICIPAL DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE.**
- **FOTOCOPIA DEL CUIT DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE Y/O TRANSPORTISTA.**
- **VERIFICACIÓN TÉCNICA VEHICULAR (VTV)**
- **DDJJ FRANQUICIA LEY 19279** (Formulario 13) Deberá ser firmada por los beneficiarios que soliciten la prestación de transporte.

En caso de requerir dependencia el formulario fim deberá ser firmado por terapeuta ocupacional ó médico tratante. Además, se requerirá nota que justifique el plus solicitado firmado por el profesional que avaló la dependencia.

# Resumen Historia Clínica

FORMULARIO 1

/ /  (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento

## DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellido:

**Tipo de documento:** (Marcar con X lo que corresponda)

LC  DNI  LE  PAS  N°

Edad:  Sexo:  F  M  X

**Categoría:** (Marcar lo que corresponda)

Titular  Cónyugue  Concubino/a  Hijo Otro

## DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DISCAPACITANTE

---

---

## INDICAR RESUMEN DEL PACIENTE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## JUSTIFICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS INDICADOS

---

---

---

---

Firma y sello del médico tratante

X

# Orden Médica

FORMULARIO 2

## DATOS DEL BENEFICIARIO:

(1)

Nombre y apellido:

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento

Tipo de documento: (Marcar con X lo que corresponda)

LC  DNI  LE  PAS  N°

Edad:  Sexo:  F  M  X

Categoría: (Marcar lo que corresponda)

Titular  Cónyugue  Concubino/a  Hijo Otros familiares

Se indica (especificar tratamiento) (3)

(3) En las prestaciones brindadas en formato de módulo deberá detallarse el tipo de jornada solicitada

por la cantidad de

sesiones semanales durante el período entre (mes)

y (mes)

del año 20

## DIAGNÓSTICO

Firma y sello del Médico tratante.

X









# Presupuesto de Prestaciones de Rehabilitación

FORMULARIO 5

**A quien corresponda:**

Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

(1)  / /

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento

**De:**

Prestador:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Teléfono Celular:

Mail:

Número de CUIT:

Ingresos Brutos:

Condición frente al IVA:

Póliza N°:

Prestación / Especialidad:

Período prestacional:

Cantidad de sesiones mensuales:

Valor de la prestación (2): \$

Monto Mensual:

(2) Los valores reconocidos serán los estipulados por el nomenclador nacional vigente.

**Para:**

Nombre y apellido:

Tipo de documento: (Marcar lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N°

Edad: Sexo: (Marcar lo que corresponda)  F  M  X

Categoría: (Marcar lo que corresponda)  Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo Otros familiares

**Las sesiones detalladas a continuación deberán tener una duración de 60 minutos.**

Día	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado
Horario	de ..... hs. a ..... hs.	de ..... hs. a ..... hs.	de ..... hs. a ..... hs.	de ..... hs. a ..... hs.	de ..... hs. a ..... hs.	de ..... hs. a ..... hs.

(Indicar el/los días y horario/horarios de asistencia a la prestación)

.....  
Firma y sello del Responsable

**CONFORMIDAD**

Por la presente dejo constancia de mi conformidad al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario

DNI

Aclaración:

Firma Beneficiario o representante

DNI firmante:

Lugar y fecha



# Presupuesto de Prestaciones Educativas / Terapéutico Educativas

FORMULARIO 6

A quien corresponda:

(1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento

Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

**De:**

Prestador:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Teléfono Celular:

Número de CUIT:

Ingresos Brutos:

Condición frente al IVA:

Póliza N°:

Prestación / Especialidad:

Período prestacional:

Tipo de Jornada: (Completar en caso de escolaridad)

Monto Mensual: \$

Dependencia: SÍ  NO  (Sólo en casos de CET - Centro de día - Hogar)

**Para:**

Nombre y apellido:

Tipo de documento: (Marcar lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N°

Edad: Sexo: (Marcar lo que corresponda)  F  M  X

Categoría: (Marcar lo que corresponda) Titular  Cónyugue  Concubino/a  Hijo  Otros familiares

## Cronograma de Asistencia:

Nombre y Apellido:

<input type="checkbox"/>					
Día	de...Lunes	de...Martes	de...Miércoles	de...Jueves	de...Viernes
Horario	a.....hs.	a.....hs.	a.....hs.	a.....hs.	a.....hs.
	de...Lunes	de...Martes	de...Miércoles	de...Jueves	de...Viernes
	a.....hs.	a.....hs.	a.....hs.	a.....hs.	a.....hs.
	de...Sábado				
	a.....hs.				

(Indicar el/los días y horario/horarios de asistencia a la prestación)

.....  
Firma y sello del Responsable

## CONFORMIDAD

Por la presente dejo constancia de mi conformidad al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario

DNI

Aclaración:

Firma Beneficiario o Representante

DNI firmante:

Lugar y fecha



# Presupuesto de Transporte

FORMULARIO 7

**A quien corresponda:**

Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

/  /  (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento

**De:**

Empresa:

Domicilio:

Teléfono:

e-mail:

Número de CUIT:

Compañía de Seguro:

Póliza N°:

**Para:**

Nombre y apellido:

Tipo de documento: (Marcar lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N°

Edad: Sexo: (Marcar lo que corresponda)  F  M  X

Categoría: (Marcar lo que corresponda)  Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo Otros familiares

**Viajes:**

**1: Lugar de Salida** (Marcar lo que corresponda)

Domicilio Particular:

Colegio / Institución: (Detallar nombre)

Tratamiento: (Especificar cuál)

Otros: (Indicar cuál)

Dirección de Salida:

**Lugar de Llegada** (Marcar lo que corresponda)

Domicilio Particular:

Colegio / Institución: (Detallar nombre)

Tratamiento: (Especificar cuál)

Otros: (Indicar cuál)

Dirección de Llegada:

Ida y Vuelta:  (Marcar si corresponde)

Km por día:

Km por mes:

Frecuencia: (Marcar lo que corresponda)

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Total Km diarios:

Total Km por mes:

Dependencia:

Total del presupuesto:

Período:

# Presupuesto de Transporte

FORMULARIO 7

## Viajes:

**2: Lugar de Salida** (Marcar lo que corresponda)

Domicilio Particular:

Colegio / Institución: (Detallar nombre)

Tratamiento: (Especificar cuál)

Otros: (Indicar cuál)

Dirección de Salida:

**Lugar de Llegada** (Marcar lo que corresponda)

Domicilio Particular:

Colegio / Institución: (Detallar nombre)

Tratamiento: (Especificar cuál)

Otros: (Indicar cuál)

Dirección de Llegada:

Ida y Vuelta:  (Marcar si corresponde)

Km por día:

Km por mes:

Frecuencia: (Marcar lo que corresponda)

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Total Km diarios:

Total Km por mes:

Dependencia:

Total del presupuesto:

Período:

**3: Lugar de Salida** (Marcar lo que corresponda)

Domicilio Particular:

Colegio / Institución: (Detallar nombre)

Tratamiento: (Especificar cuál)

Otros: (Indicar cuál)

Dirección de Salida:

**Lugar de Llegada** (Marcar lo que corresponda)

Domicilio Particular:

Colegio / Institución: (Detallar nombre)

Tratamiento: (Especificar cuál)

Otros: (Indicar cuál)

Dirección de Llegada:

Ida y Vuelta:  (Marcar si corresponde)

Km por día:

Km por mes:

# Presupuesto de Transporte

FORMULARIO 7

Frecuencia: (Marcar lo que corresponda)

Lunes     Martes     Miércoles     Jueves     Viernes     Sábado

Total Km diarios:

Total Km por mes:

Dependencia:

Total del presupuesto:

Período:

## Valores totales:

Km totales mensuales:

Dependencia:

Monto total mensual (\*):

(\* Los valores reconocidos serán los estipulados por el nomenclador nacional vigente.

Período:

Firma del Responsable

Aclaración

### CONFORMIDAD

Por la presente dejo constancia de mi conformidad al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario

DNI

Firma Beneficiario o representante

Lugar y fecha

Aclaración:

DNI firmante:

LOS DATOS INCORPORADOS A ESTE FORMULARIO REVISTEN EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, ESTANDO SUJETO A VERIFICACIÓN POR PARTE DE ESTE AGENTE DE SALUD.

Nota: Se deberá adjuntar copia del seguro del automotor y de la licencia del conductor que traslade al beneficiario.

# Presupuesto de Prestaciones Asistenciales

FORMULARIO 6

**A quien corresponda:**

Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento

**De:**

Prestador:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Teléfono Celular:

Número de CUIT:

Ingresos Brutos:

Condición frente al IVA:

Póliza N°:

Prestación / Especialidad:

Período prestacional:

Tipo de Jornada: (Completar en caso de escolaridad)

Monto Mensual: \$

Dependencia:  SÍ  NO (sólo en casos de CET - Centro de día - Hogar)

**Para:**

Nombre y apellido:

Tipo de documento: (Marcar lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N°

Edad: Sexo: (Marcar lo que corresponda)  F  M  X

Categoría: (Marcar lo que corresponda)  Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo  Otros familiares

**Cronograma de Asistencia:**

Nombre y Apellido:

Día	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado
Horario	de _____ hs. a _____ hs.	de _____ hs. a _____ hs.	de _____ hs. a _____ hs.	de _____ hs. a _____ hs.	de _____ hs. a _____ hs.	de _____ hs. a _____ hs.

(Indicar el/los días y horario/horarios de asistencia a la prestación)

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Responsable

**CONFORMIDAD**

Por la presente dejo constancia de mi conformidad al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Firma Beneficiario o representante \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Aclaración:

DNI firmante: \_\_\_\_\_

# Acta de acuerdo de Integración

FORMULARIO 9

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ día del mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
se establece en común acuerdo entre las instituciones \_\_\_\_\_  
y los padres del alumno/a \_\_\_\_\_ lo siguiente:

1. El alumno será acompañado en su escolaridad común del ciclo lectivo \_\_\_\_\_ de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica la cual consistirá en la adaptación y seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.
  2. El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el currículo y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.
  3. La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.
  4. Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informarán en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.
  5. Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.
  6. Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizar previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.
  7. Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de las inasistencias del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones.
- Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres

\_\_\_\_\_  
Firmas de los directivos de la escuela

\_\_\_\_\_  
Coordinación

\_\_\_\_\_  
Docente integradora

\_\_\_\_\_  
Firmas del equipo de integración

# Justificación médica por transporte

FORMULARIO 10

## Datos del Beneficiario:

(1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento

Nombre y apellido:

Tipo de documento: (Marcar lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N°

Edad: Sexo: (Marcar lo que corresponda)  F  M  X

Dependencia: (Marcar lo que corresponda)  SÍ  NO

Se indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a

por lo que requiere traslado no público.

desde (dirección de origen 1)

hasta (dirección de origen 1)

desde (dirección de origen 2)

hasta (dirección de origen 2)

desde (dirección de origen 3)

hasta (dirección de origen 3)

durante el período entre (mes)

y (mes)

del año 20

## DIAGNÓSTICO

Firma y sello del Médico tratante.

X







# DDJJ Franquicia Ley 19279

FORMULARIO 13

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 202

Sres. Obra Social Programas Médicos SACM:

Por medio de la presente, en mi carácter de beneficiario que recibe las prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad contempladas en la ley 24.901

DNI: \_\_\_\_\_

informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

Atte.

Firma y aclaración \_\_\_\_\_

## SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por medio de la presente, en mi carácter de familiar responsable/figura de apoyo de \_\_\_\_\_

DNI (de la persona con Discapacidad) \_\_\_\_\_

les informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor a favor del nombrado haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

Atte.

Firma y aclaración: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Formulario FIM

ANEXO 1

## DATOS:

Nombre y apellido:

**Tipo de documento:** (Marcar con X lo que corresponda)

LC  DNI  LE  PAS  N°

Diagnóstico:

Edad:

El presente formulario deberá ser completado solo por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras puras por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, N° de matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

# Formulario FIM

ANEXO 1

## DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

### 1. Alimentación:

Implica uso de utensillos, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente e indique qué medidas se han tomado para superar la situación.

---

---

---

---

### 2. Aseo personal:

Implica lavarse la cara, las manos y los dientes, también peinarse o maquillarse.

Indique asistencia qué grado de asistencia requiere para realizar estas actividades. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

---

---

---

---

### 3. Higiene:

Implica el aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama.

Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia y el grado de participación del paciente en su aseo personal.

---

---

---

---

### 4. Vestido parte superior:

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocarse órtesis y prótesis.

Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

---

---

---

---

### 5. Vestido parte inferior:

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis.

Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

---

---

---

---

# Formulario FIM

ANEXO 1

## DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

### 6. Uso del baño:

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

---

---

---

---

---

### 7. Control de intestinos:

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo: catéteres o dispositivos de ostomía.

Indique la frecuencia de las deposiciones.

---

---

---

---

---

### 8. Control de vejiga:

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes.

Indique la frecuencia de las excreciones.

---

---

---

---

---

### 9. Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas:

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie.

Indique el grado de participación del paciente.

---

---

---

---

---

### 10. Transferencia al baño:

Implica sentarse y salir del inodoro.

Indique el grado de participación del paciente.

---

---

---

---

---

# Formulario FIM

ANEXO 1

## DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

### 11. Transferencia a la ducha o bañera:

Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

---

---

---

---

### 12. Marcha / silla de ruedas:

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

---

---

---

---

### 13. Escaleras:

Implica subir o bajar escalones.

---

---

---

---

### 14. Comprensión:

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: escritura, gestos, signos, etc.

---

---

---

---

### 15. Expresión:

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

---

---

---

---



# Formulario FIM

ANEXO 1

## TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL:

A continuación detallamos la escala que deberá utilizar para evaluar el grado de independencia que tiene el paciente.

Escala	Puntaje
Independiente total.	7
Independiente con adaptaciones.	6
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	<b>Autocuidado</b>	
1	Alimentación	<input type="text"/>
2	Aseo personal	<input type="text"/>
3	Baño	<input type="text"/>
4	Vestido parte superior	<input type="text"/>
5	Vestido parte inferior	<input type="text"/>
6	Uso del baño	<input type="text"/>
	<b>Control de esfínteres</b>	
7	Control de intestinos	<input type="text"/>
8	Control de vejiga	<input type="text"/>
	<b>Transferencias</b>	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	<input type="text"/>
10	Transferencia al baño	<input type="text"/>
11	Transferencia a la ducha o bañera	<input type="text"/>
	<b>Locomoción</b>	
12	Marcha o silla de ruedas	<input type="text"/>
13	Escaleras	<input type="text"/>
	<b>Comunicación</b>	
14	Comprensión	<input type="text"/>
15	Expresión	<input type="text"/>
	<b>Conexión</b>	
16	Interacción social	<input type="text"/>
17	Resolución de problemas	<input type="text"/>
18	Memoria	<input type="text"/>
	<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>	<input type="text"/>

Firma y sello del terapeuta ocupacional

Firma y sello del Médico tratante

**AUDITORÍA OSPM:**

# Conformidad Prestación

ANEXO 2

Fecha

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI del beneficiario:

Yo \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_

Documento Tipo

continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

2. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

3. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

4. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma:

Aclaración:

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:**

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de \_\_\_\_\_  
Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

# Nota de solicitud de cambio de Prestador

ANEXO 3

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento

**Para:**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: (Marcar lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (Marcar lo que corresponda)  F  M  X

Categoría: (Marcar lo que corresponda)  Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo Otros familiares

Por medio de la presente dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de

a cargo de

Ej.: Psicóloga, fonoaudiología, CET, EGB, etc

(Nombre del profesional o institución)

a partir del día \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Solicito el alta para subsidio de la prestación de

a cargo de (2)

Ej.: Psicóloga, fonoaudiología, CET, EGB, etc

a partir del día \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Nombre del profesional o institución)

**PACIENTE O RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o responsable

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_