

## DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR EL AFILIADO

- Copia del **Certificado de Discapacidad vigente**; si el mismo venciera en el transcurso del año, la cobertura se otorgará hasta la fecha de vencimiento del mismo, debiendo el Afiliado presentar la renovación a fin de poder dar continuidad a la cobertura del tratamiento.

---

- Formulario de **Orden Médica, Justificación específica de Transporte** (según corresponda) e **Historia clínica general**. Deberá completarlo el médico especialista según la discapacidad. **La fecha de estos documentos debe ser anterior al comienzo del tratamiento.**

---

- Formulario FIM** (Medida de Independencia Funcional); tendrá que ser presentado sólo en caso de pacientes dependientes.  
Si la dependencia se solicita para prestaciones de Centro de día y Centro Educativo Terapéutico el informe debe estar confeccionado por un profesional Lic. En Terapia Ocupacional.  
Si la dependencia se solicita para la prestación de transporte se deberá presentar el informe confeccionado por médico tratante y/o por Lic. En Terapia Ocupacional.

---

- En caso de recibir escolaridad, Certificado de Alumno Regular.

---

- Conformidad de Prestaciones.

- *No puede contener enmiendas ni tachaduras, toda la documentación deberá estar completa con el mismo color de tinta.*
- *Toda la documentación deberá estar dirigida a nombre de la Obra Social.*
- *Se deberá contar con toda la documentación requerida para poder acceder a la cobertura de los tratamientos solicitados.*

**ATENCIÓN: Se gestionará la autorización con fecha de inicio del tratamiento en mes en curso en que se presente la documentación de manera completa y aprobada por Auditoría. No se autorizarán retroactividades. SIN EXCEPCIÓN.**

Recuerde que la fecha debe ser anterior al inicio de los tratamientos.

**FORMULARIO DE DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y Apellido: .....

Correo Electrónico: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Código Postal: ..... Teléfono Fijo: ..... Teléfono Celular: .....

**BENEFICIARIO QUE RECIBE LA PRESTACIÓN**

Nombre y Apellido: .....

Correo Electrónico: .....

Domicilio: ..... Provincia y Localidad: .....

Código Postal: ..... Teléfono Fijo: ..... Teléfono Celular: .....

**ORDEN MÉDICA**

Obra Social: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

Nombre y Apellido: .....

N° de Beneficiario/a: ..... Tipo y N° de Documento: .....

Edad: ..... Sexo: .....

Diagnóstico: .....

**PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN**

Requiere:  SI  NO

1- Prestación de apoyo: ..... Cantidad de sesiones.....semanales

Período: desde ..... hasta ..... Año: .....

2- Prestación de apoyo: ..... Cantidad de sesiones.....semanales

Período: desde ..... hasta ..... Año: .....

3- Prestación de apoyo: ..... Cantidad de sesiones.....semanales

Período: desde ..... hasta ..... Año: .....

4- Prestación de apoyo: ..... Cantidad de sesiones.....semanales

Período: desde ..... hasta ..... Año: .....

**INSTITUCIÓN (Centro de día, Escuela especial, CET, Formación laboral, Hogar)**

Requiere:  SI  NO

Prestación: ..... Jornada: .....

Período: desde ..... hasta ..... Año: .....

Dependencia:  SI  NO *En caso de afirmativo se deberá adjuntar Formulario FIM*

**INTEGRACIÓN ESCOLAR**

Requiere:  SI  NO  Maestra de apoyo  Integración escolar en equipo

Cantidad de horas semanales: .....

Período: desde ..... hasta ..... Año: .....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

Obra Social: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

Nombre y Apellido: .....

N° de Beneficiario/a: ..... Tipo y N° de Documento: .....

Edad: ..... Sexo: .....

**DIAGNÓSTICO**

.....  
.....

**INDICAR EVALUACIÓN CLÍNICA, SINTOMATOLOGÍA, SITUACIÓN DE SALUD ACTUAL:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante

**FORMULARIO FIM**

Obra Social: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

Nombre y Apellido: .....

N° de Beneficiario/a: ..... Tipo y N° de Documento: .....

Edad: ..... Sexo: .....

**DIAGNÓSTICO**.....  
.....

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

**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

**DEPENDIENTE****PUNTAJE****Independiente total****7****Independiente con adaptaciones****6****DEPENDIENTE**

Sólo requiere supervisión. No se toca al paciente.

**5**

Sólo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más.

**4**

Requiere asistencia moderada. Paciente aporte 50% ó más.

**3**

Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% ó más.

**2**

Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.

**1**

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
<b>AUTOCUIDADO</b>		
1	Alimentación	
2	Aseo Personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
<b>CONTROL DE ESFÍNTERES</b>		
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
<b>TRANSFERENCIAS</b>		
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
<b>LOCOMOCIÓN</b>		
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
<b>COMUNICACIÓN</b>		
14	Comprensión	
15	Expresión	
<b>CONEXIÓN</b>		
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		

.....  
 Firma y sello del médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional

---

## DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

---

**Alimentación:** Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida.

.....  
.....

**Aseo Personal:** implica lavarse la cara, las manos y los dientes también peinarse, afeitarse o maquillarse.

.....  
.....

**Higiene:** implica el aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama.

.....  
.....

**Vestido parte inferior:** Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, implica ponerse los zapatos, abrocharse órtesis y prótesis.

.....  
.....

**Vestido parte superior:** Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocarse órtesis y prótesis.

.....  
.....

**Uso del baño:** Implica la higiene perineal y ajustar la ropa antes y después del uso del baño o chata.

.....  
.....

**Control de intestinos:** Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación.

.....  
.....

**Control de vejiga:** Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación.

.....  
.....

**Transferencia de la cama, silla o silla de ruedas:** Implica pasarse de una cama, silla o silla de ruedas y volver a la posición inicial.

.....  
.....

**Transferencia al baño:** Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el grado de participación del paciente.

.....  
.....

**Transferencia al baño:** Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el grado de participación del paciente.

.....  
.....

**Transferencia de la ducha o bañera.** Implica entrar o salir de la ducha o bañera.

.....  
.....

**Escaleras:** Implica subir o bajar escaleras.

.....  
.....

**Comprensión:** Implica el entendimiento de la comprensión auditiva o visual.

.....  
.....

**Expresión:** Implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal.

.....  
.....

**Interacción social:** Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites.

.....  
.....

**Resolución de problemas:** Implica resolver problemas cotidianos.

.....  
.....

**Memoria:** Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

.....  
.....

**Evaluación Institucional:** Escriba niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

.....  
.....

.....  
Firma y sello del médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional

**JUSTIFICACIÓN MÉDICA POR TRANSPORTE**

Obra Social: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

Nombre y Apellido: .....

N° de Beneficiario/a: ..... Tipo y N° de Documento: .....

Edad: ..... Sexo: .....

**DIAGNÓSTICO**

.....

.....

Indicar motivos que justifiquen la imposibilidad de usar transporte público: .....

.....

Por lo que requiere traslado no público desde/hasta

**1-** Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

**Prestación a la que asiste** .....

**2-** Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

**Prestación a la que asiste** .....

**3-** Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

**Prestación a la que asiste** .....

**Dependencia:**  SI  NO *En caso de afirmativo se deberá adjuntar Formulario FIM.*

Durante el período (mes) ..... y (mes) ..... del año .....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante

## CONFORMIDAD DE PRESTACIONES

---

Fecha: ..... / ..... / .....

**Apellido y nombre del beneficiario/a:** .....

**Número de Afiliado/a:** .....

Yo .....con Documento Tipo .....  
Nº ....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación: .....

Prestador: .....

Período de la prestación: desde ..... hasta ..... Año: .....

Prestación: .....

Prestador: .....

Período de la prestación: desde ..... hasta ..... Año: .....

Prestación: .....

Prestador: .....

Período de la prestación: desde ..... hasta ..... Año: .....

Prestación: .....

Prestador: .....

Período de la prestación: desde ..... hasta ..... Año: .....

---

Firma

Aclaración

DNI

---

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

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

DNI

---

## CRONOGRAMA DE PRESTACIONES

Fecha: ..... / ..... / .....

Afiado/a: .....	Edad: .....
Diagnóstico: .....	
Escuela a la que asiste: .....	
Horario de concurrencia..... CUE:.....	

### Carga horaria por día

Especialidad / escolaridad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>Carga horaria total</b>							

(Indicar en los casilleros por día, el horario de cada especialidad prescripta).

---

 Firma y sello de los profesionales

---

 Firma del afiliado, Padre, Madre o Tutor