

Buenos Aires, octubre de 2022

### Estimadas familias y prestadores/as:

Por medio de la presente, adjuntamos el Instructivo para Discapacidad correspondiente al ciclo 2023, donde se detalla la documentación necesaria para dar cobertura a cada tratamiento o prestación a realizar.

- El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR/A y NO OBLIGA a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores NO IMPLICA la continuidad con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN.
- LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN NO SIGNIFICA AUTORIZACIÓN NI COBERTURA SOLICITADA.
- La documentación debe ser enviada vía mail a [anabalado57@gmail.com](mailto:anabalado57@gmail.com) de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato PDF, por prestación, y en un mismo mail para poder proceder con la auditoría.
- Toda documentación debe ser enviada sin enmiendas, tachaduras, correcciones.
- La documentación debe ser enviada VIA E-MAIL, no se recibe instructivo en papel físico. Sólo digital.
- NO SE RECIBIRÁN ENTREGAS PARCIALES O QUE NO CUMPLAN CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.

### Detalle de correo

1. En el Asunto del mismo debe informar: "Nombre y Apellido del beneficiario/a - LEGAJO 2023"
2. Se deberá adjuntar la documentación detallada en el instructivo, de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato PDF, por prestación, **y en un mismo mail** para poder proceder con la auditoría.

**Les solicitamos leer atentamente los nuevos requisitos a cumplimentar, ya que de no entregar el instructivo antes del 30 de noviembre 2022 de forma completa, no podrán comenzar con las prestaciones solicitadas.**

ANA MARIA BALADO  
COORDINACION  
DISCAPACIDAD  
OSPL  
Celular 01160020521  
E-Mail [anabalado57@gmail.com](mailto:anabalado57@gmail.com)

## REQUISITOS GENERALES: DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- Fotocopia del certificado de discapacidad (Vigente)
- Constancia de alumno/a regular 2023 y número de CUE (Clave Única del Establecimiento). (presentar antes de Marzo 2023)
- Conformidad prestacional, firmada por la persona con discapacidad o adulto/a responsable. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Ficha personal de datos (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

Todos los formularios que se presenten deberán poseer FECHA DE EMISIÓN PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN.

Documentación a presentar por médico/a tratante:

- Resumen de Historia Clínica con diagnóstico de la patología incapacitante. Debe constar la fecha, firma y sello del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Indicación médica con firma, sello con tipo y número de matrícula, del médico/a tratante. Para cada prestación se debe indicar: nombre, apellido, DNI, diagnóstico, prestación, frecuencia, el periodo, modalidad prestacional y de concurrencia. La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico/a de la institución en la que se efectuaran las prestaciones. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO, SEGÚN CORRESPONDA).
- Formulario FIM (confeccionado por Lic. En Terapia Ocupacional y/o médico tratante) (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el Formulario FIM, confeccionada por médico/a tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional.

En caso de solicitar dependencia para las prestaciones, se deberá presentar el Formulario FIM, confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional.

Toda planilla a completar por el médico/a tratante, padre/madre, o tutor/a debe confeccionarse con misma letra y tinta azul, sin enmiendas ni tachaduras. Así mismo solo un médico/a deberá confeccionar todas las planillas que le correspondan.

De no ser así, será motivo de rechazo y deberá rehacerse la documentación.

## CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de afiliado: Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo ( \_ ) N° \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

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

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

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

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

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

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_

## FICHA PERSONAL DE DATOS

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

## FAMILIAR/TUTOR RESPONSABLE A CARGO

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Ocupación/Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

### COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor/a: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora).

---

---

---

---

Antecedentes significativos de la Historia Clínica.

---

---

---

---

Datos significativos del Examen Clínico / Evolución del paciente en el último año.

---

---

---

---

Valoración por escala FIM / Puntaje total (completar ficha).

---

---

---

---

En Relación a alimentación / vestido / limpieza: \_\_\_\_\_

Dependiente     Autovalido

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Firma: \_\_\_\_\_    Sello: \_\_\_\_\_

## PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

(en caso de psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, estimulación temprana, etc.)

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones semanales: \_\_\_\_\_

Período:

desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del médico tratante: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

## PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES TERAPÉUTICAS – EDUCATIVAS

(En caso de Escuelas Especiales, Apoyo a la integración, Maestra de apoyo, Form. Laboral, Centro de día, CET, Hogares, etc)

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de jornada: Simple \_\_\_\_\_ Doble \_\_\_\_\_

(En caso de Escolaridad especial / CET / Centro de día / Formación laboral / Hogares, etc)

Dependencia: Sí  No

(En caso de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico)

Período:

desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del médico tratante: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

## PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE ESPECIAL

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicar destino / prestación: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

Dependencia: Sí  No

### JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DEL TRANSPORTE:

(Justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Período:

desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del médico tratante: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_



## MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

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

ACTIVIDAD	PUNTAJE
<b>Autocuidado</b>	
01_Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
02_Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
03_Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
04_Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
05_Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
06_Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
<b>Control de esfínteres</b>	
07_Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
08_Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas etc.)	
<b>Movilidad - transferencia</b>	
09_Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10_Transferencia a toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11_Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
<b>Locomoción</b>	
12_Marcha / silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13_Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
<b>Comunicación</b>	
14_Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
15_Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
<b>Conexión</b>	
16_Interacción Social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17_Resolución de Problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18_Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
<b>Puntaje FIM total:</b> _____	

**Puntaje:** \_\_\_\_\_

**Independiente:** \_\_\_\_\_

7\_Independiente total

6\_Independiente con adaptaciones Dependiente

5\_Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)

4\_Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)

3\_Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)

2\_Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)

1\_Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)

Todos los ítems se deben calificar.

Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita 2 ayudantes, se califica con un 1.

Profesional evaluador (firma y sello): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_