



Obra Social de Personal Ladrillero  
 Hipólito Yrigoyen 1534, Subsuelo | CABA (C1089AAB)  
 0800 345 0394  
 www.o-s-p-l.org  
 RNOS 110-305  
 CUIT 33-61233768-9

## Grupo Familiar – Encuesta Social (DDJJ)

### • Datos a completar por el titular

Apellido y Nombre de paciente.....  
 CUIL N°.....Fecha de nacimiento.....  
 Nacionalidad.....  
 Estado Civil.....  
 Domicilio actual.....  
 CP Localidad.....Provincia.....  
 Tipo de afiliación: Directo ( ) - Monotributista ( ) – Otro ( ) .....

Apellido y Nombre del padre.....  
 CUIL N°:.....  
 Teléfono de contacto del padre.....  
 Correo electrónico de contacto.....

Apellido y Nombre de la madre.....  
 CUIL N°.....  
 Teléfono de contacto de la madre.....  
 Correo electrónico de contacto.....

### Hermanos u otro integrante del grupo conviviente (De corresponder, adjuntar Certificado de Discapacidad)

- 1) Apellido y Nombre.....  
 CUIL N°.....Parentesco.....
- 2) Apellido y Nombre.....  
 CUIL N° .....Parentesco.....
- 3) Apellido y Nombre.....  
 CUIL N°.....Parentesco.....
- 4) Apellido y Nombre.....  
 CUIL N°.....Parentesco.....
- 5) Apellido y Nombre.....  
 CUIL N°.....Parentesco.....

### • **Personas autorizadas para la firma de constancias de asistencia**

#### **Vinculo Nombre y Apellido DNI Firma**

Madre.....  
 Padre.....  
 Otro (a determinar).....

**FIRMA Y ACLARACION DEL AFILIADO TITULAR DE LA OS**.....

## 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: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**Obra Social de Personal Ladrillero**  
 Hipólito Yrigoyen 1534, Subsuelo | CABA (C1089AAB)  
 0800 345 0394  
 www.o-s-p-l.org  
 RNOS 110-305  
 CUIT 33-61233768-9

**JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA**

**Nombre y Apellido del beneficiario:** .....

**D.N.I:** .....

**JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA EN:**.....

**Evaluación global – Datos relevantes para la modalidad**

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuro-psicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

Firma y sello de los profesionales intervinientes

## 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: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_





Obra Social de Personal Ladrillero  
 Hipólito Yrigoyen 1534, Subsuelo | CABA (C1089AAB)  
 0800 345 0394  
 www.os-pl.org  
 RNOS 110-305  
 CUIT 33-61233768-9

## Nota de solicitud de cambio de prestador

Fecha de Emisión:...../...../.....

**Beneficiario causante:** .....

**DNI/LC/LE:** .....

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

.....

(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

a cargo de ..... a partir del día ...../...../.....

(Nombre del profesional y/o institución)

Por los motivos señalados a continuación:.....

.....

Solicito nueva alta para subsidio de la prestación de.....,

a cargo de .....

(Nombre del profesional y/o institución)

a partir del día ...../...../..... y por el período .....

### **Paciente o responsable**

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo