

**MANUAL DE PROCEDIMIENTO – ANEXOS DE FORMULARIOS PARA LAS
PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD AÑO 2019**
Parte 3

ANEXO 1
CARÁTULA DE INICIO DE TRÁMITE
• **DATOS A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO**

Apellido y Nombre del Beneficiario	
DNI	
Numero de CUIL	
Fecha de Nacimiento	
Estado Civil	
Domicilio Actual	
C.P. – Localidad	
Provincia	
Tipo de Afiliación	Directo () – Monotributista () – Jubilado () – Otro ().....
Apellido y Nombre del Padre	
Teléfono del Contacto Del Padre (*)	
Apellido y Nombre de La Madre	
Teléfono de Contacto De la Madre (*)	
Correo Electrónico De Contacto	

*** POR FAVOR COLOCAR EL PREJIFO DE LA ZONA DE RESIDENCIA E INDICAR SI ES
TELÉFONO FIJO O CELULAR.**

***PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA**

<u>Vinculo</u>	<u>Nombre y Apellido</u>	<u>Documento</u>	<u>Registro de Firma</u>
Madre, Tutor o Responsable			
Padre, Tutor o Responsable			

ANEXO 2

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA (Completar todos los campos)

Fecha:

Paciente:

OSPIM Nro. De afiliado:

DNI:

F. de Nacimiento:

Diagnóstico:

Antecedentes de Salud:

Estado actual:

Medicación:

Plan Terapéutico:

Datos del Profesional tratante

Teléfono;

Correo electrónico

Firma y sello
Profesional tratante

ANEXO 3 – PLANILLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

(Completar todos los campos)

Nombre y Apellido:
Nro. De Beneficiario
Diagnostico:

F. Nac.:
DNI:

TABLA DE PUNTUCIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL
(Se deben calificar todos los ítems)

ACTIVIDADES		Puntaje
AUTOCUIDADO		
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo (Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse, lavarse los dientes)	
3	Baño (Implica aseo de todo el cuerpo en bañera, ducha o baño con esponja en cama)	
4	Vestir parte superior (Implica vestirse de la cintura hacia arriba como colocar prótesis/ortesis)	
5	Vestir parte inferior (Implica vestirse de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, y colocarse prótesis/ortesis)	
6	Uso del baño (Implica mantener la higiene perineal y ajustar ropas antes y después del uso del baño y/o chata)	
CONTRO DE EFÍNTERES		
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)	
8	Controlar vejiga (Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evaluación como sondas, etc....)	
MOVILIDAD		
TRANSFERENCIA		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (Implica pasaje de silla de ruedas a silla, cama y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilette (Implica sentarse y levantarse del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (Implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
LOCOMOCIÓN		
12	Marcha/silla de ruedas (Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas en caso de no caminar)	
13	Escaleras (Implica subir y bajar escaleras)	
COMUNICACIÓN		
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 o no verbal)	
CONEXIÓN		
16	Interacción social (Implica habilidades relacionadas de entendimiento, relación y participación con el otro,. Respeto de límites, normas y encuadre)	
17	Resolución de problemas (Implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
PUNTAJE TOTAL		

PUNTAJE	
Independiente	Dependiente
Independiente Total 7 puntos	Sólo requiere supervisión 5 puntos
Independiente con adaptaciones 6 puntos	Sólo requiere mínima asistencia (el sujeto aporta 75% o más) 4 puntos
	Requiere asistencia moderada (el sujeto aporta el 50% o más) 3 puntos
	Requiere asistencia máxima (el sujeto aporta 25% o más) 2 puntos
	Requiere asistencia total (el sujeto aporta menos del 25%) 1 punto
	Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o si necesita dos ayudantes 1 punto

JUSTIFICACIÓN ADICIONAL POR DEPENDENCIA: Escribir en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente:

Firma, sello de Profesionales Intervinientes

Teléfono de contacto y correo electrónico:

ANEXO 4 - EJEMPLOS DE ÓRDENES MÉDICAS

<p>Apellido y Nombre: Gómez, Juana DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Psicopedagogía 2 sesiones semanales</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2019</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p>Firma y Sello del Médico Tratante</p> <p>* 3</p>	<p>Apellido y Nombre: Rumez, Alma DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo Integral Intensivo en: Fonoaudiología 2 sesiones por semana Psicología 2 sesiones por semana Terapia Ocupacional 2 sesiones por semana</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2019</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p>Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Peli, José DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo Integral Simple en: Fonoaudiología 2 sesiones por semana Psicología 2 sesiones por semana</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2019</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p>Firma y Sello del Médico Tratante</p>
<p>Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito, dada su patología de base (discapacidad motora), traslado de domicilio a Escuela Especial y/o Común</p> <p>*1 *3</p> <p>Período: Marzo a Diciembre 2018</p> <p>Fecha: 22/12/2018 Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito Escuela Especial Primaria, jornada simple</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2018</p> <p>*2</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p>Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito, dada su patología de base (discapacidad motora), traslado de domicilio a terapias de rehabilitación</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2018</p> <p>*1</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p>Firma y Sello del Médico Tratante</p>

***1** Indicar la dependencia si corresponde

***2:** Para escolaridad en escuela especial y/o Integración Escolar, la matrícula se incluye agregando el mes de febrero

***3** Para esta prestación se debe presentar constancia de alumno regular si concurre a Escuela Común, Nombre completo del Establecimiento, Número de CUE, Domicilio, Teléfono y Mail del mismo

<p>Apellido y Nombre: Terry, Florencia DNI: 40.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo Maestra de Apoyo</p> <p>Período: Marzo a Diciembre 2019</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p> <p>*3</p>	<p>Apellido y Nombre: Carrera, Cristina DNI: 44.123.456 OSPIM nro. De afiliado</p> <p>Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo Apoyo a la Integración Escolar</p> <p>Período: Marzo a Diciembre 2019</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p> <p>*2 *3</p>
<p>Apellido y Nombre: Helguera, Jacinta DNI: 39.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Retraso Mental Moderado. Hipoacusia</p> <p>Indicación Médica: Solicito Centro Educativo Terapéutico, Jornada simple</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2019</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p>*1 Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Crisol, Eugenia DNI: 51.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo de Estimulación Temprana</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2019</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p>
<p>Apellido y Nombre: Pristez, Jacinta DNI : 38.123.456 OSPIM nro. De afiliado</p> <p>Diagnóstico: Retraso Mental Severo. TGD. Autismo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Hogar Permanente</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2019</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p>*1 Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Ortega, Julieta DNI : 37.129.576 OSPIM nro. De afiliado</p> <p>Diagnóstico: Retraso Mental Leve</p> <p>Indicación Médica: Solicito: Formación laboral, Jornada doble</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2019</p> <p>Fecha: 22/12/2018</p> <p>*1 Firma y Sello del Médico Tratante</p>

* 1 Indicar si corresponde la dependencia

*2: Para escolaridad en escuela especial u/o Integración Escolar, la matrícula se incluye agregando el mes de febrero

*3 Para esta prestación se debe presentar constancia de alumno regular si concurre a Escuela Común, Nombre completo del Establecimiento, Número de CUE, Domicilio, Teléfono y Mail del mismo

ANEXO: 5
PRESTACIONES INSTITUCIONALES – INTEGRACION ESCOLAR
MAESTRA DE APOYO – CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de emisión

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI:

Nro. Beneficiario:

Teléfono y Mail de contacto del beneficiario:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de Atención:

Localidad / Provincia:

Teléfono:

Mail de Contacto:

Prestaciones a brindar (según Mecanismo Integración):

Tipo de Jornada (Simple o Doble): _____ **Dependencia(S/N):** _____

Matricula (\$): _____ **Monto Mensual (\$):** _____ **Categoría:** _____

Periodo Ciclo Lectivo. Desde: _____ **Hasta:** _____

Cronograma de Asistencia:

<u>Días</u>	<u>Lunes</u>	<u>Martes</u>	<u>Miércoles</u>	<u>Jueves</u>	<u>Viernes</u>	<u>Sábado</u>
<u>Horarios</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>	<u>De:</u> <u>A:</u>

Observaciones:

CBU (adjuntar Comprobante) (VER ANEXO 11)

IMPORTANTE: Las facturas deben ser presentadas en tiempo y forma, antes del 10 de cada mes en la OSPIM CENTRAL.

Una vez recibido el pago es condición obligatoria presentar el recibo correspondiente para el cobro del siguiente pago.

***EN CASO DE PRESENTAR INTEGRACION ESCOLAR O MAESTRA DE APOYO DEBERAN ESPECIFICAR LA INSTITUCION/ ESCUELA DONDE SE BRINDARA LA PRESTACION.**

Institución / Escuela: _____

Firma y Sello Responsable Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario:

DNI:

Firma del Beneficiario o Responsable

Aclaración

Lugar y Fecha de Consentimiento:

ANEXO: 6
PRESTACIONES DE APOYO – ESTIMULACION TEMPRANA
MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO
CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI:

Nro. Beneficiario:

Teléfono y Mail de contacto:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de Atención:

Localidad / Provincia:

Teléfono:

Mail de Contacto:

<u>Prestaciones/Especialidades(según Mecanismo Integración)</u>
<u>Cantidad Sesiones:</u>
<u>Monto Sesión (\$) :</u>
<u>Monto Mensual (\$) :</u>

Periodo Ciclo Lectivo. Desde: _____ **Hasta:** _____

Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	Horario	Horario	Horario	Horario	Horario	Horario
Especialidad						

Observaciones:

CBU (adjuntar Comprobante) (VER ANEXO 11)

IMPORTANTE: Las facturas deben ser presentadas en tiempo y forma, antes del 10 de cada mes en la OSPIM CENTRAL.

Una vez recibido el pago es condición obligatoria presentar el recibo correspondiente para el cobro del siguiente pago.

Firma y Sello Responsable Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario:

DNI:

Firma del Beneficiario o Responsable

Aclaración

Lugar y Fecha de Consentimiento

ANEXO 7 TRANSPORTE – CONSENTIMIENTO DIAGRAMA DE TRASLADOS

Lugar y Fecha de Emisión:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

Nro. De Beneficiario y DNI:

Razón Social del Prestador:

Domicilio:

Localidad/Provincia:

Teléfono Completo:

Mail de Contacto del Prestador:

Periodo de Traslado:

<u>Desde:</u>	<u>Hasta:</u>
---------------	---------------

Domicilio de Partida:

Domicilio de Destino:

Cantidad de viajes por día Ida y vuelta	Cantidad de Km por viaje Ida y vuelta	Valor del Km SIN DEPENDENCIA	Valor del Km CON DEPENDENCIA (si corresponde)	Importe por viaje Ida y vuelta	Cantidad de Km mensuales	Importe mensual

ADJUNTAR COPIA DE GOOGLE MAPS. <https://www.google.com/maps>

Cronograma de Traslados (marcar con una cruz los días de traslados)

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

Observaciones:

CBU (adjuntar Comprobante) (VER ANEXO 11)

IMPORTANTE: Se debe presentar un presupuesto por tipo de traslado(a Escuelas, Centros y Terapias) y la factura correspondiente al mismo. Las Facturas deben ser presentadas mensualmente, a mes vencido entre el 1 y 10 de cada mes siguiente. Una vez recibido el pago es condición obligatoria presentar el Recibo correspondiente para el cobro del siguiente pago.

Firma y Sello del Responsable del Transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por el presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito para:

Beneficiario:

DNI

Firma del Beneficiario o Responsable

Aclaración

Lugar y Fecha del Consentimiento:

ANEXO 8

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO/INICIO DE TRTAMIENTO (Resaltar modalidad correspondiente y Completar todos los campos)

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI: _____ Fecha de Nac ____/____/____

Nro. De Afiliado OSPIM: _____

Diagnóstico:

Informe de Evaluación Inicial:

Objetivos Generales y Específicos:

Observaciones:

Nombre y Apellido del Profesional:

Domicilio donde se brinda la prestación:

Teléfono del Prestador: _____

Correo Electrónico del Prestador: _____

Firma y Sello del Profesional Tratante:

ANEXO 9
ACTA DE ACUERDO
MAESTRA DE APOYO / INTEGRACION ESCOLAR
(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión:

En el día de la fecha, en la ciudad dese establece el presente acuerdo entre la Escuela..... con domicilio sito en representada por....., la Maestra de Apoyo/el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por.....y la familia del alumno/a.....con DNI.....representado/a por..... para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año Sala/Grado/Año..... turno.....en los días y horarios Periodo.....

La Institución educativa y el/la Maestra/o de Apoyo/Equipo Integrador se comprometen a:

- ✓ Atender al/a la alumno/a según necesidades vinculadas a su educación
- ✓ Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptaciones Curriculares
- ✓ Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- ✓ Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- ✓ Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje
- ✓ Compartir el seguimiento del proceso de Integración y Promoción.
- ✓ Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- ✓ Hacer que el/la alumna/o mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de Integración.

Firma y Sello de la Escuela Común donde se realiza la Integración:

Aclaración:.....

Firma del Padre/Madre o Tutor:

Aclaración:.....

Firma y Sello de Maestra/o de Apoyo / Equipo Integrador:

Aclaración:

ANEXO 10
Nota Solicitud de cambio/baja de Prestador
(Completar todos los campos)

Fecha:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI./LC/LE:

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

De _____

A cargo de _____

A partir del día _____

Solicito nueva alta de dicha prestación a cargo del Profesional y/o Institución

A partir del Día _____

Firma _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vinculo: _____

Teléfono: _____

Mail de Contacto: _____

ANEXO 11
INFORMACION BANCARIA DEL PRESTADOR/CBU

***Razón Social o Nombre y Apellido del Prestador**

.....

***Nro. De Cuit (Coincidente con la Facturación)**

.....

***Nro. De Cuenta Corriente o Caja de Ahorro:**

***Entidad Bancaria:**

***CBU – Clave Bancaria Uniforme (Correspondiente al Cuit de la Facturación)**

.....

***Dirección de Mail Contacto:**

.....

***Firma:**

***Aclaración:**

***Tipo y Nro. De DNI:**

***Fecha:**

<p style="text-align: center;">RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ADJUNTAR EL COMPROBANTE DE CBU IMPRESO DEL BANCO. YA QUE EL UNICO MEDIO DE PAGO POR EL MECANISMO DE INTEGRACION SERA TRANSFERENCIA BANCARIA</p>
--

