

# **INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2026**

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE**

- El presente instructivo se refiere a solicitudes de prestaciones detalladas en el *Nomenclador de Prestaciones Básicas* para personas con Discapacidad (Res. 428/1999) y los requisitos que indica la Resolución 1743/2024 SSSalud.
- El Equipo *Interdisciplinario de la Obra Social* evaluará el esquema de tratamiento que mejor se ajuste a las necesidades de la persona con discapacidad y su familia, y podrá solicitar documentación respaldatoria adicional si lo considera pertinente.
- Una vez autorizada la prestación el Equipo Interdisciplinario podrá realizar el seguimiento mediante visitas, llamadas o entrevistas con padres y/o profesionales e Instituciones.
- El período autorizado será posterior a la fecha de entrega de la documentación, **no se autorizará solicitudes retroactivas**, por favor envíe la documentación completa con anticipación para evitar demora en los trámites.
- La recepción de la documentación no implica que la cobertura ya esté autorizada. Si el prestador comienza a atender sin autorización, lo hace bajo su propia responsabilidad. La cobertura que haya tenido en períodos anteriores no garantiza su continuidad automática.
- En caso de Cambio de Prestador y/o Baja de prestación, el titular deberá informarlo por Nota, ver modelo “Solicitud por cambio de prestador” (**Form. pág 18**). La documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad, se autorizará por mes completo.
- Las autorizaciones son anuales o por ciclo lectivo y las mismas están sujetas a la situación afiliatoria y la Certificación de su discapacidad. (CUD vigente).
- Las prestaciones se autorizan a valor del Nomenclador Básico de Discapacidad vigente. Los aranceles se actualizan automáticamente cada vez que hay cambios oficiales.
- En ningún caso la emisión de la autorización implica el compromiso de pago. El mismo se encuentra sujeto al resultado del análisis pertinente, el cumplimiento de los requisitos exigidos y el control de situación afiliatoria del afiliado, que se efectuará en forma periódica.
- Es fundamental que los datos socio-familiares estén completos y legibles (ya que nos comunicaremos vía mail y/o teléfono para informar la autorización)

## ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

**TENER EN CUENTA ESTOS PUNTOS PARA AGILIZAR LOS TIEMPOS DE ANÁLISIS Y EVITAR RECLAMOS INNECESARIOS QUE ATRASEN SU TRÁMITE.**

- El análisis se realiza sobre el caso completo (no prestación por prestación) y puede llevar hasta 20 días hábiles desde la confirmación de recepción de la documentación. Por ello, se recomienda enviarla con anticipación.
- Las solicitudes deben presentarse **completas**, sin tachaduras ni correcciones, en un archivo PDF legible por prestación (no se aceptan archivos editables) y debe enviarse al correo [integracionsss@osperyhra.org.ar](mailto:integracionsss@osperyhra.org.ar)

**ASUNTO DEL CORREO: Nombre del afiliado - prestaciones que contiene en sus adjuntos**

(Ej.: JUAN GÓMEZ - CUIL XXXX - EJ. FONOAUDIOLOGÍA, ESCUELA)

- Antes del envío verifique que todos los documentos **estén completos y firmados** de manera manuscrita (ológrafo) por el beneficiario y el profesional, donde corresponda. No es necesario entregar originales en papel; solo en caso de dificultad para escanear se podrán presentar en Sarmiento 2040, 4° piso. En este caso el análisis puede demorar más tiempo.



### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR


#### Del beneficiario

Recordar que a la documentación del beneficiario debe sumarse la documentación del prestador según corresponda

1. **Planilla de datos socio-familiares** completa, incluyendo teléfono y correo electrónico del responsable/tutor. (Ver modelo adjunto).
2. **Credencial digitalizada o digital** y DNI
3. **Certificado de discapacidad vigente emitido por Organismo Competente.**
4. **Cronograma de horarios** (ver form. pág 11)
5. **Constancia de alumno regular** indicando N° de CUE
6. **Resumen historia clínica actualizado firmado y sellado por médico tratante.** (Ver form. pag 13)
7. **Indicación médica de la prestación firmada y sellada por médico tratante.** (Ver modelo en pag 4)
8. **Conformidad prestacional** (ver form. pag 14).
9. **Constancia de domicilio** (expedida por autoridad competente) únicamente en casos de traslados superiores a 1500 km de recorrido total.

## MODELOS DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

<p><b>INSTITUCIONES</b></p> <p>Nombre y Apellido DNI ..... OBRA SOCIAL OSPERYHRA Afiliado/a ..... DX. ....</p> <p>Solicito (Ej.) Centro Educativo Terapéutico / Jornada simple de enero 2026 a diciembre 2026 <b>(En caso de solicitar dependencia, indicar y justificar)</b></p> <p>Firma Sello y Matrícula Fecha</p>	<p><b>TERAPIAS</b></p> <p>Nombre y Apellido DNI ..... OBRA SOCIAL OSPERYHRA Afiliado/a ..... DX. ....</p> <p>Solicito 2 sesiones semanales de psicología (Ej. indicar la terapia que solicita) de enero 2026 a diciembre 2026</p> <p>Firma Sello y Matrícula Fecha</p>
<p><b>APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR</b></p> <p>Nombre y Apellido DNI ..... OBRA SOCIAL OSPERYHRA Afiliado/a ..... DX. ....</p> <p>Solicito Apoyo a la integración escolar (equipo) / o Módulo Maestro de Apoyo</p> <p>(Especificar días y cantidad de horas) de marzo 2026 a diciembre 2026</p> <p>Firma Sello y Matrícula Fecha</p>	<p><b>TRANSPORTE</b></p> <p>Nombre y Apellido DNI ..... OBRA SOCIAL OSPERYHRA Afiliado/a ..... DX. ....</p> <p>Solicito transporte especial a escuela de lunes a viernes. Período: marzo 2026 a diciembre 2026 debido a que ..... .....</p> <p><b>(FUNDAMENTAR el motivo de salud que impide al afiliado hacer uso del transporte público gratuito con un acompañante usando su pase)</b></p> <p><b>En caso de solicitar dependencia indicar y fundamentar</b></p> <p>Firma Sello y Matrícula Fecha</p>

 Se recuerda que en los casos de tratamientos de Rehabilitación Ambulatoria (terapias) Por Mecanismo de Integración se cubrirán hasta 8 sesiones semanales (32 mensuales) incluidas todas las especialidades.

<b>Documentación a presentar del prestador</b>
<b>INSTITUCIONES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Presupuesto (ver form. pág 15)</b></li> <li>● <b>Plan de abordaje individual</b> detallar período, objetivos y estrategias de intervención en los distintos contextos, fechado, firmado y sellado. Debe estar adaptado a las necesidades de la persona con discapacidad y cumplir los criterios establecidos.</li> <li>● <b>Informe Inicial:</b> resultados de evaluación. <b>Nueva prestación o prestador</b></li> <li>● <b>Informe Evolutivo:</b> al inicio de la prestación, detallando abordaje, intervenciones y resultados.</li> <li>● <b>Informe Evolutivo Semestral:</b> a los 6 meses de iniciada la prestación.</li> <li>● <b>Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores SSSalud, Servicio Nacional de Rehabilitación o Agencia Nacional de Discapacidad (Categorización)</b></li> <li>● <b>Constancia de Inscripción ARCA.</b> Para obtenerla ingrese <a href="#">aquí</a>.</li> <li>● <b>Constancia de CBU legible emitida por el banco y datos de la cuenta bancaria.</b> Deben coincidir con la razón social (CUIT) de facturación.</li> </ul>
<b><u>SOLICITUD DE DEPENDENCIA</u></b>
<p>En caso de solicitar dependencia presentar <i>informe cuantitativo y cualitativo de la Escala FIM</i> (Medición de Independencia Funcional) confeccionada por un <u>Licenciada/o en Terapia Ocupacional</u> (<b>ver modelo adjunto, pág 20/21</b>) y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual, recordar que a su vez debe estar expreso en orden medica.</p>
<p>La prestación de <b>Almuerzo/Comedor</b> podrá solicitarse sólo en casos donde el beneficiario concurra en jornada simple. Para acceder a dicha prestación deberá estar aclarada la solicitud en la orden médica y el costo deberá estar desglosado dentro del presupuesto de la institución donde concurre.</p>

Documentación a presentar del prestador
PROFESIONALES INDEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Presupuesto prestacional (ver form. pág 15)</b></li> <li>● <b>Plan de abordaje individual</b> detallando período, objetivos y estrategias de intervención en los distintos contextos, fechado, firmado y sellado. Debe estar adaptado a las necesidades de la persona con discapacidad y cumplir los criterios establecidos.</li> <li>● <b>Informe Inicial:</b> resultados de evaluación. <b>Nueva prestación o prestador</b></li> <li>● <b>Informe Evolutivo:</b> al inicio de la prestación, detallando abordaje, intervenciones y resultados.</li> <li>● <b>Informe Evolutivo Semestral:</b> a los 6 meses de iniciada la prestación.</li> <li>● <b>Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores vigente</b> (Superintendencia de Servicios de Salud).</li> <li>● <b>Constancia de Inscripción en ARCA</b> <a href="#">aquí</a>.</li> <li>● <b>Constancia de CBU legible emitida por el banco y datos de la cuenta bancaria.</b> Deben coincidir con la razón social (CUIT) de la facturación.</li> </ul>

Documentación a presentar del prestador
APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
<p><b><u>Apoyo a la integración escolar Equipo</u></b></p> <p><i>La prestación deberá cubrir tanto la adaptación curricular como el acompañamiento en el aula de acuerdo con las necesidades del alumno. El módulo contempla un mínimo de 8 horas semanales.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Presupuesto prestacional (ver form. pág 15)</b></li> <li>● <b>Plan de abordaje individual:</b> con adecuación curricular si corresponde, firmado y sellado por profesional/equipo tratante, cumpliendo criterios establecidos.</li> <li>● <b>Informe Inicial:</b> resultados de evaluación. <b>Nueva prestación o prestador</b></li> <li>● <b>Informe Evolutivo:</b> al inicio de la prestación, detallando abordaje, intervenciones y resultados.</li> <li>● <b>Informe Evolutivo Semestral:</b> a los 6 meses de iniciada la prestación detallando intervenciones según plan.</li> <li>● <b>Acta de acuerdo:</b> firmada por familiar responsable/tutor, directivo escolar y prestador (<b>ver form. pág 17</b>)</li> <li>● <b>Inscripción en Registro Nacional de Prestadores de la Agencia Nacional de Discapacidad</b></li> <li>● <b>Constancia de Inscripción en ARCA</b> <a href="#">aquí</a>.</li> <li>● <b>Constancia de CBU legible emitida por el banco y datos de la cuenta bancaria</b></li> </ul> <p><b><u>Módulo Maestro de Apoyo</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Título habilitante</b> (Profesora de Educación Especial, Lic. en Ciencias de la educación o Psicopedagogía).</li> <li>● <b>Certificado analítico de materias legalizado (frente y dorso)</b></li> </ul>

<b>Documentación a presentar del prestador</b>
<b>TRANSPORTE</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Presupuesto de transporte</b> en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme al mapa) y cronograma de traslado, con firma y aclaración del transportista y de la persona con discapacidad/responsable (<b>ver form. pág 16</b>).</li> <li><b>Conformidad y diagrama de traslados</b> firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.</li> <li><b>Google maps con detalle de recorrido</b></li> <li><b>Habilitación</b></li> <li><b>Póliza de seguro vigente.</b></li> <li><b>Verificación Técnica Vehicular.</b></li> <li><b>Licencia de conducir</b> del chofer o de los choferes a cargo del vehículo.</li> <li><b>Constancia de Inscripción de ARCA.</b> Para obtenerla ingrese <a href="#">aquí</a>.</li> <li><b>Constancia de CBU</b></li> </ol> <p><i>Nota: No se podrá considerar la hora de espera ni los peajes.</i></p>
<b><u>SOLICITUD DE DEPENDENCIA</u></b>
<p>En caso de solicitar dependencia se deberá presentar informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia ocupacional. Junto al Presupuesto se deberá acompañar <b>una NOTA donde la empresa de transporte especifique los APOYOS UTILIZADOS PARA JUSTIFICAR EL COBRO ADICIONAL.</b></p> <p>Se reconoce dependencia a partir de los 6 años de edad, anterior a ello se considera por normativa cronológica. En todos los casos quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario. (<b>ver modelo adjunto, pág 20/21</b>)</p>

## HOJA DE VERIFICACIÓN

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para autorizar prestaciones.

NOMBRE Y APELLIDO  DNI

OBRA SOCIAL/ GERENCIADORA

PRESTACIÓN/TERAPIA

<b>DOCUMENTACIÓN PERSONAL</b> (para todos los casos) Tildar lo que corresponda	<input type="checkbox"/> Certificado Único de Discapacidad (vigente). <input type="checkbox"/> Constancia de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el titular en caso de no estar escolarizado. <input type="checkbox"/> Conformidad por las prestaciones (Anexo II).	<b>DEL MÉDICO</b> Tildar lo que corresponda <input type="checkbox"/> Resúmen de Historia Clínica. <input type="checkbox"/> Prescripciones Médicas.		
<b>DEL PRESTADOR</b> Tildar lo que corresponda	<input type="checkbox"/> Informe de evaluación Inicial (sólo en caso de una nueva prestación). <input type="checkbox"/> Informe evolutivo de la prestación (para prestaciones ya solicitadas). <input type="checkbox"/> Plan de abordaje individual. <input type="checkbox"/> Presupuesto. <input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP). <input type="checkbox"/> Registro Nacional de Prestadores (RNP) <input type="checkbox"/> En caso de Institución: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores. <input type="checkbox"/> En caso de solicitar dependencia (Hogar, CET, Centros de Día, Transporte): Formulario F.I.M.  En caso de solicitar Apoyo Escolar: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>CON EQUIPO</b>  <input type="checkbox"/> Acta Acuerdo.  <input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>CON MAESTRA DE APOYO</b>  <input type="checkbox"/> Título Habilitante.  <input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.             </td> </tr> </table>		<b>CON EQUIPO</b> <input type="checkbox"/> Acta Acuerdo. <input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.	<b>CON MAESTRA DE APOYO</b> <input type="checkbox"/> Título Habilitante. <input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.
<b>CON EQUIPO</b> <input type="checkbox"/> Acta Acuerdo. <input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.	<b>CON MAESTRA DE APOYO</b> <input type="checkbox"/> Título Habilitante. <input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.			
<b>TRANSPORTE</b> Tildar lo que corresponda	<input type="checkbox"/> Conformidad del Diagrama de Traslados. <input type="checkbox"/> Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo. <input type="checkbox"/> Presupuesto. <input type="checkbox"/> Mapa recorrido.	<input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP). <input type="checkbox"/> Constancia CBU emitida por el Banco. <input type="checkbox"/> VTV, licencia del conductor y póliza de seguro.		

OBSERVACIONES



## **FORMULARIOS**

<b>CRONOGRAMA DE HORARIOS</b>	<b>11</b>
<b>PLANILLA DE DATOS SOCIO - FAMILIARES</b>	<b>12</b>
<b>RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>13</b>
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>14</b>
<b>PRESUPUESTO PRESTACIONAL</b>	<b>15</b>
<b>PRESUPUESTO DE TRANSPORTE</b>	<b>16</b>
<b>ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR</b>	<b>17</b>
<b>SOLICITUD CAMBIO/BAJA DE PRESTADOR</b>	<b>18</b>
<b>ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)</b>	<b>20</b>
<b>INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA FIM (FIM)</b>	<b>21</b>

CRONOGRAMA DE HORARIOS						
AFILIADO (NOMBRE Y APELLIDO): _____						
Fecha: ____ / ____ / ____						
Estimado/a Afiliado/a: Favor de completar la grilla con días y horarios de <b>todas</b> las prestaciones que se llevarán a cabo en la semana.						
Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
8:30						
9:00						
9:30						
10:00						
10:30						
11:00						
11:30						
12:00						
12:30						
13:00						
13:30						
14:00						
14:30						
15:00						
15:30						
16:00						
16:30						
17:00						
17:30						
18:00						
18:30						
19:00						

**PLANILLA DE DATOS SOCIO - FAMILIARES**

**DATOS DEL TITULAR**

APELLIDO Y NOMBRE:			
DOMICILIO:			
LOCALIDAD:		CELULAR:	
EMAIL:			

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

APELLIDO Y NOMBRE:		EDAD:	
DOMICILIO:			
LOCALIDAD:		TÉLEFONO:	
DNI:		CUIL:	

**GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE**

APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas.  
 Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Aclaración: \_\_\_\_\_

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA	
FECHA: ____/____/____	LUGAR:
DATOS DEL AFILIADO	
NOMBRE Y APELLIDO:	
DNI:	
DIAGNÓSTICO	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
ANTECEDENTES DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y/O EDUCATIVAS	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
PARÁMETROS FUNCIONALES ACTUALES	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE: _____	

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

### Conformidad prestacional año 2026

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

Apellido y Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ con documento tipo ( ) \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ doy conformidad respecto de 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.

1. Prestación: \_\_\_\_\_

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

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

2. Prestación: \_\_\_\_\_

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

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

3. Prestación: \_\_\_\_\_

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

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

4. Prestación: \_\_\_\_\_

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

Periodo 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:

Vínculo con el beneficiario:

<b>PRESUPUESTO PRESTACIONAL</b>		
Fecha de emisión: ____/____/____		
Razón social del prestador:		
CUIT:		
Domicilio donde se realiza la prestación:		
Email de contacto (legible):		Teléfono:
Beneficiario:	DNI:	
Modalidad prestacional a brindar:		
Tipo de jornada a realizar:		Categoría:
Periodo Desde:	Hasta:	Almuerzo (SI/NO): ____
Monto mensual:		
En caso de corresponder:		
Dependencia: SI / NO		
Matrícula anual:		Cantidad de sesiones mensuales:
Monto por sesión: _____		

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación)						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

\_\_\_\_\_  
 Firma, aclaración y sello del prestador

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE	
Fecha de emisión: ____/____/____	
Razón social del prestador:	CUIT:
Email de contacto (legible):	Teléfono:
Compañía de seguros:	Póliza N°:
Beneficiario:	DNI:
Periodo desde:	Hasta:

**Diagrama de traslado**

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	KM por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

**Cronograma de traslado**

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Totales por Km. Mensuales: \_\_\_\_\_

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): SI - NO En caso afirmativo adjuntar NOTA indicando apoyos utilizados.

Valor del km: \_\_\_\_\_

Monto mensual: \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del transportista

**CONFORMIDAD TRANSPORTE**

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de afiliado/DNI:

Yo \_\_\_\_\_ con documento (\_\_\_\_) N° \_\_\_\_\_ doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo: 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:

Vínculo con el beneficiario:

## ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha:

En el día de la fecha, en la ciudad de \_\_\_\_\_ se establece el presente acuerdo entre la escuela \_\_\_\_\_ N° de establecimiento (CUE) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ representado por \_\_\_\_\_ para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año \_\_\_\_\_ Sala/Grado/Año \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ en los días y horarios: \_\_\_\_\_

Desde el Periodo \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_.

La institución educativo y el/la Maestra de apoyo/Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- 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 alumno 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.

Firme en el cuadro de abajo:

Firma y sello de la escuela Común donde se brindara la atención	Firma del padre/madre/tutor	Firma y sello Maestro/a, Equipo AIE
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:



Lugar de emisión: _____ Fecha: _____
<b>SOLICITUD CAMBIO/BAJA DE PRESTADOR</b> Completar todos los campos del formulario
<b><u>DATOS DEL BENEFICIARIO</u></b>  Nombre y apellido: _____ DNI: _____
<b>BAJA DE PRESTACIÓN</b> Por medio de la presente solicito la baja de la prestación: _____ Prestador actual: _____ Fecha de baja: ____/____/____
<b><u>NUEVA ALTA DE PRESTADOR</u></b> (completar sólo en caso de cambio de prestador)  Solicito el alta de la siguiente prestación: _____  (si es cambio de prestador, indicar misma prestación)  Nuevo prestador: _____  Fecha de inicio: ____ / ____ / ____  Período: desde ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____
<b><u>FIRMA DEL SOLICITANTE</u></b>  Firma: _____ Aclaración: _____ Parentesco: _____ DNI: _____

## ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

### Medida de Independencia Funcional

Nombre:..... Edad:..... DNI:.....  
N° de Beneficiario/a:..... Institución:.....

Medida de Independencia Funcional (FIM)		
Actividad		
Autocuidado		Puntaje
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
3	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4	Vestirse parte superior (implica vestirse de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño)	
Control de esfínteres		
7	Controlar intestino (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 control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas)	
Modalidad		
Transferencia		
9	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 de toilet (implica sentarse y salir 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 si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
Comunicación		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
Conexión		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
Puntaje FIM TOTAL		

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%)

Firma de el/la Médico/a o Lic. ENTO:.....

Fecha:.....

## INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA FIM (FIM)

1-ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

---



---

2-ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

---



---

3-HIGIENE: Implica 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.

---



---

4-VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

---



---

5-VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

---



---

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. Frecuencia.

---



---

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. Frecuencia.

---



---

9-TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pararse hacia una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

---



---

10-TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

---



---

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. Ej: escritura, gestos, signos, etc.

15- EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16- INTERACCIÓN SOCIAL: Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.

17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMA: Implica resolver problemas cotidianos.

18- MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL: escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

FIRMA Y SELLO DE LIC. T.O / MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_