



Grupo Familiar – Encuesta Social (DDJJ)

• Datos a completar por titular

Apellido y Nombre de paciente.....

CUIL N°..... Fecha de nacimiento.....

Nacionalidad.....

Estado Civil.....

Domicilio actual.....

CP Localidad..... Provincia.....

Tipo de afiliación: Relación de dependencia () -Monotributista () -Servicio doméstico () -Otro.....

Apellido y Nombre del padre () o tutor ().....

CUIL N°:.....

Teléfono de contacto del padre.....

Correo electrónico de contacto.....

Apellido y Nombre de la madre () o tutora ().....

CUIL N°.....

Teléfono de contacto de la madre.....

Correo electrónico de contacto.....

Hermanos/as 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.....

• 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/A 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/a: _____

Edad: _____ DNI: _____

	ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado		
01_Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragarse 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)		
Control de esfínteres		
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.)		
Movilidad - transferencia		
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)		
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 Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)		
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, 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)		

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%)

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/a (firma y sello): _____

Fecha: _____ / _____ / _____



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 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/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 _____

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: _____



NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha de Emisión:/...../.....

Beneficiario/a 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