



Buenos Aires, 01 de octubre de 2025

Estimadas familias y prestadores/as:

Por medio de la presente, adjuntamos el Instructivo para Discapacidad correspondiente al ciclo 2026, 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 únicamente a integracion@ospl.ar de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato PDF (no se aceptarán fotos), por prestación, y en un mismo mail para poder proceder con la auditoría.
- Toda documentación debe ser enviada sin enmiendas, tachaduras ni correcciones.
- La documentación debe ser enviada **VÍA E-MAIL**, no se recibe instructivo en papel físico, ni por whatsapp. Sólo digital.
- **NO SE RECIBIRÁN ENTREGAS PARCIALES O QUE NO CUMPLAN CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.**

Mecanismo de Integración:

integracion@ospl.ar



REQUISITOS GENERALES: DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- **CERTIFICADO UNIDO DE DISCAPACIDAD** (Vigente), en formato PDF.
- **CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR y NUMERO DE CUE** (Clave Única del Establecimiento) el cual se debe presentar ANTES del inicio del ciclo lectivo 2026.
- **CONFORMIDAD PRESTACIONAL**, firmada por la persona con discapacidad o adulto/a responsable. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- **PLANILLA DE DATOS PERSONALES** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

Documentación a completar UNICAMENTE por médico/a tratante:

- **RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**, 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)
- **INDICACION MÉDICA**, con firma, sello con tipo y número de matrícula, del médico/a tratante (debe ser el mismo médico que complete la historia clínica). El profesional que realice la orden medica debe ser: PEDIATRA o NEUROLOGO, y la especialidad debe estar detallada en su sello.
- Cada solicitud de prestación se debe realizar en ordenes separadas, indicando:
 - Nombre y apellido
 - DNI
 - Diagnóstico
 - Prestación según nomenclador de discapacidad
 - Frecuencia Ejemplo: 2 veces por semana.
 - Período. Ejemplo: Enero – Diciembre 2025.
 - Modalidad prestacional y de concurrencia.
 - DEPENDENCIA (en caso de tenerla)

La prescripción del tratamiento no podrá en ningún caso ser realizada por un médico/a de la institución en la que se efectuarán las prestaciones. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO, SEGÚN CORRESPONDA).

- **FORMULARIO FIM** (confeccionado por Lic. En Terapia Ocupacional y/o médico tratante) (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
 - **Dependencia para la prestación de transporte:** se deberá presentar el Formulario FIM, confeccionado por médico/a tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional.
 - **Dependencia para las prestaciones:** se deberá presentar el Formulario FIM, confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional.



Todos los formularios y ordenes medicas que se presenten deberán poseer FECHA DE EMISIÓN **PREVIA AL INICIO** de la prestación.

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.

Todas las órdenes y planillas deben estar confeccionadas por el mismo médico.

Se deben tener en cuenta todas las aclaraciones realizadas previamente, de no cumplirlas será motivo de rechazo y se deberá presentar la documentación nuevamente.

- **PRESUPUESTO:** deberán registrarse según los aranceles que establece la Superintendencia de Servicios de Salud, según resolución vigente al momento de la emisión. Se adjuntan modelos obligatorios. Aclaración: la prestación de transporte cuenta con presupuesto particular)
- **ANEXO DE CONFORMIDAD:** Se adjuntan modelos obligatorios (prestación de transporte cuenta con conformidad particular)
- **PLAN DE TRATAMIENTO:** en caso de prestaciones de apoyo se debe realizar un informe de las diferentes áreas a trabajar incluyendo detalle de los métodos de abordaje. En caso de APOYO ESCOLAR y MODULO DE INTEGRACION ESCOLAR se debe realizar plan de abordaje por AREA Y/O por materia sin excepción (aclaración: no realizarlo de la forma detallada será motivo de rechazo)
- **INFORME PRESTACIONAL:**
 - **INICIAL:** en caso de iniciar una prestación nueva, o comenzar terapias con un nuevo profesional. El mismo debe contener un informe del estado inicial del paciente antes del inicio del tratamiento.
 - **EVOLUTIVO:** en casos de continuidad del tratamiento, se deberá presentar un informe evolutivo al comienzo del año calendario para renovación de expediente, y luego se informe semestral en los meses de JUNIO y DICIEMBRE de forma obligatoria (la no presentación implicará el no pago de las facturas correspondientes a esos meses).
- **DOCUMENTACIÓN HABILITANTE A PRESENTAR POR EL PRESTADOR:** debe ser presentada en pdf, no se aceptarán fotos
 - Profesionales o instituciones:
 - Inscripción en RNP y/o ANDIS
 - Título habilitante (en caso de profesionales)
 - Comprobante de CUIT
 - Comprobante de CBU bancario
 - Planilla de datos de profesional/institución



-Servicio de transporte:

- Habilitación municipal (sin excepción)
- Póliza de seguro
- Verificación técnica vehicular vigente
- Licencia de conducir
- Comprobante de CUIT
- Comprobante de CBU
- Planilla de datos de profesional/institución

ATENCIÓN! Aclaraciones importantes

- *Todos los documentos deberán referir a mismo titular que facturará, (excepto licencia de conducir del chofer que no refiere a titular del vehículo en todos los casos).*
- *Ante pedidos de transporte deberá completar el FORMULARIO DE DDJJ de pedido de transporte, para corroborar la no adquisición de vehículo.*
- **DEPENDENCIA** la misma debe estar indicada en el pedido médico, se debe adjuntar Planilla FIM y el prestador de servicio deberá enviar informe donde especifique el tipo de apoyos que brinda para requerir el valor extra "dependencia". **Aclaración: La dependencia se considera solo en pacientes mayores a 6 años.**
- **INTEGRACION ESCOLAR Y MODULO DE APOYO ESCOLAR** deben enviar, además de la documentación general, constancia alumno regular, acta acuerdo y plan de abordaje con adecuaciones curriculares por materia o área, sin excepciones.
- En los casos de prestaciones de rehabilitación se solicita orientar los tratamientos hacia centros categorizados, en lugar de hacerlo con profesionales independientes.
- Los pacientes **menores a 4 años** deberán ser abordados bajo un módulo de Estimulación Temprana, en centro habilitado para tal fin. No será viable abordarlo bajo terapias de rehabilitación, salvo excepciones puntuales, debidamente justificadas y autorizadas previamente por equipo interdisciplinario.

¡¡IMPORTANTE!!

- * Todas las prestaciones son presenciales.
- * Toda la documentación médica (legajos) y contable (facturación) debe ser enviada de manera digital por los canales de comunicación habituales



NORMAS DE FACTURACION

La factura deberá emitirse a nombre de:

- **Razón social: Obra Social del Personal Ladrillero**
- **CUIT: 33612337689**
- **Domicilio: San Jose 83 5to piso – Capital Federal**
- **Condición IVA: Exento**

- **Detalle de la factura:** debe contener
 - **Datos de paciente:** NOMBRE, APELLIDO Y DNI (cualquier error en los datos es motivo de rechazo)
 - **Mes prestacional:** el periodo de la factura emitida debe ser del primer al último día del mes.
 - **Prestación facturada**
 - **Cantidad de sesiones o tipo de jornada y/o categoria**
 - **Valor unitario**
 - **Valor total**
 - **Detallar dependencia**
 - **Transporte:** debe detallar adicionalmente
 - PRESTACION A LA QUE ACUDE
 - DOMICILIO DE ORIGEN Y DESTINO
 - CANTIDAD DE VIAJES MENSUALES
 - CANTIDAD DE KM POR VIAJE
 - CANTIDAD DE KM TOTALES AL MES

Aclaración: En casos de traslado a varios destinos deberá quedar expresamente detallado cada destino, tanto en factura como en la planilla de asistencia.

Documentación respaldatoria:

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL: junto con la factura, se debe adjuntar la planilla de asistencia mensual la cual debe estar firmada por el paciente y/o responsable. (VER MODELO DE PLANILLA DE ASISTENCIA)

La planilla de asistencia debe contener:

- FECHA DE LA SESION Y/O JORNADA
- FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
- BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

INFORME SEMESTRAL: en los meses de **Junio y Diciembre** se debe adjuntar informe evolutivo acompañando la factura y la planilla de asistencia, sin excepción. La no recepción del mismo será motivo de rechazo de la factura.

RECORDATORIO

* La carga de facturación se realiza **hasta los días 15 de cada mes (sin excepciones)**

*Los legajos demoran en ser auditados y procesados, por lo cual es importante que envíen los mismos prontamente para evitar demoras en la presentación de facturas.



DATOS DEL AFILIADO

Estimado afiliado, por favor, complete este formulario a fin de contactarlo por cualquier observación a la documentación relacionada con el tratamiento solicitado. Muchas gracias.

- Nombre y Apellido del paciente/beneficiario: _____
- DNI: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
- Nombre y Apellido del Titular: _____
- CUIL: _____
- Domicilio: _____
- Localidad: _____
- Provincia: _____
- Teléfono: _____
- Correo electrónico (excluyente): _____
- Vencimiento certificado discapacidad: ____/____/____



FORMULARIO DE DATOS DEL PRESTADOR

FECHA: ___/___/2026

BENEFICIARIO
PRESTADOR (Nombre/Razón Social)
CUIT
Correo Electrónico
Domicilio
Código Postal
Localidad
Teléfono Fijo
Teléfono Celular
Condición frente al I.V.A
Impuesto a IIBB N°
CBU

IMPORTANTE:

La cuenta bancaria debe pertenecer al profesional que brinde la prestación y facture.

Para CUIT, IIBB y CBU deberá adjuntar las constancias correspondientes.

En caso de que exista alguna modificación en los datos aquí consignados, deberá remitir una planilla nueva con los datos actualizados.

FIRMA Y SELLO PRESTADOR



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5)

Fecha: ____/____/____

Nombre y Apellido del Paciente: _____

DNI: _____ Fecha de Nac: ____/____/____ Edad: _____ años.

Diagnóstico: _____

Posee dependencia: SI _____ NO _____

Puntaje FIM: _____ (completar planilla)

Justificación de dependencia (si corresponde): _____

Antecedente / Resumen de la historia clínica del paciente:

(firma y sello del médico tratante)



ORDEN MÉDICA MAESTRA DE APOYO / APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5)

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del Paciente: _____

DNI: _____ Fecha de Nac: ____ / ____ / ____ Edad: _____ años.

Diagnóstico: _____

Se indica el tratamiento de: *(marcar lo que corresponda)*

Maestra de Apoyo _____ / Modulo de Apoyo a la integración escolar _____

para el período transcurrido entre meses _____ Y _____ del año 2026.

- Cantidad de horas diarias: _____
- Cantidad de días semanales: _____
- Total de horas mensuales: _____

Justificación Médica:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

IMPORTANTE:

MAESTRA DE APOYO (profesional individual): *mínimo 32 horas mensuales, 8 horas semanales.*



MODELO ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN

En la ciudad de _____ a los..... días del mes de _____ de 2026.

Se establece en común acuerdo entre la institución _____
CUE N° _____ Y los padres del alumno/a _____

Lo siguiente:

- 1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeña el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica cual consistirá en la adaptación y el seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.
- 2- El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el círculo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.
- 3- La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.
- 4- Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informaran en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.
- 5- Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.
- 6- Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.
- 7- Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de la inasistencia del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones.

Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

Firma padre/madre/tutor

Firma directivos institución



PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO/ APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (SAIE)

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5) Fecha: ____/____/____

PRESTADOR: _____
DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____
TELEFONO: _____ EMAIL: _____
CUIT: _____

PRESTACION/ESPECIALIDAD: _____
PERIODO PRESTACIONAL: desde _____ 2026 hasta _____ 2026
CANT. HORAS SEMANALES: _____ CANT. DE HORAS MENSUALES: _____

VALOR POR HORA \$ _____ VALOR MENSUAL \$ _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____
DNI: _____ Edad: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De ___ hs a ___ hs	De ___ hs a ___ hs	De ___ hs a ___ hs	De ___ hs a ___ hs	De ___ hs a ___ hs	De ___ hs a ___ hs

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR



PRESUPUESTO INSTITUCIONES

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5)

Fecha: ____/____/____

PRESTADOR: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

TELEFONO: _____ EMAIL: _____

CUIT: _____

MODALIDAD PRESTACIONAL: _____

TIPO DE JORNADA: _____ CATEGORIA: _____

PERIODO PRESTACIONAL: desde _____ 2026 hasta _____ 2026

ALMUERZO: SI ____ NO ____ DEPENDENCIA: SI ____ NO ____

VALOR MENSUAL \$ _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____ Edad: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De ____ hs a ____ hs	De ____ hs a ____ hs	De ____ hs a ____ hs	De ____ hs a ____ hs	De ____ hs a ____ hs	De ____ hs a ____ hs

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR

Aclaración: La dependencia y la alimentación deben estar debidamente indicadas y justificadas en la orden médica para ser aprobadas en el presupuesto. La alimentación se debe facturar por separado.



PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5)

Fecha: ____/____/____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____
DNI: _____ Edad: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Se indica que el afiliado se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a los siguientes motivos:

TRASLADOS:

Desde (no indicar calle) _____ hasta PRESTACIÓN _____

Período: _____ (mes) 2026 hasta _____ (mes) del año 2026

DEPENDENCIA: _____ (marcar con X en caso de corresponder) *En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM*

Justificación médica de dependencia:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO



CONFORMIDAD TRANSPORTE

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5)

Fecha: ____ / ____ / ____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____ Edad: _____

Yo _____, DNI _____, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo: _____ (mes)2026 hasta _____ (mes)2026.

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

- Si el firmante no es la persona con discapacidad COMPLETAR

Yo _____ DNI: _____ deyo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____



FORMULARIO DECLARACION JURADA DE TRANSPORTE

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 2026.

Por medio de la presente, en mi carácter de padre/madre/tutor de _____

DNI _____, informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor a favor del nombrado haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

FIRMA: _____ **ACLARACIÓN:** _____

PARENTEZCO: _____



PRESUPUESTO TRANSPORTE

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5) Fecha: ____/____/____

Razón Social: _____ CUIT: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Tel. de contacto: _____ Compañía de seguros: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____ Edad: _____

PERIODO PRESTACIONAL: desde _____ 2026 hasta _____ 2026

DIAGRAMA DE TRASLADO (deba adjuntar trazado en Google Maps)

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					
4					

CRONOGRAMA DE TRASLADO: Marque con una X los días de traslado que corresponde a cada viaje

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						
4						

Total Km mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (sujeto a evaluación): SI ____ NO ____

Valor de km: _____ Monto mensual: _____

FIRMA DEL PRESTADOR



ORDEN MÉDICA TERAPIAS (Prestación de apoyo/Establecimientos)

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5)

Fecha: ____/____/____

Nombre y Apellido del Paciente: _____

DNI: _____ Fecha de Nac: ____/____/____ Edad: _____ años.

Diagnóstico: _____

1. Se indica _____ (especificar tratamiento) por la cantidad de _____ sesiones semanales durante el periodo _____ (mes) y _____ (mes) del año 2026.

2. Se indica _____ (especificar tratamiento) por la cantidad de _____ sesiones semanales durante el periodo _____ (mes) y _____ (mes) del año 2026.

3. Se indica _____ (especificar tratamiento) por la cantidad de _____ sesiones semanales durante el periodo _____ (mes) y _____ (mes) del año 2026.

4. Se indica _____ (especificar tratamiento) por la cantidad de _____ sesiones semanales durante el periodo _____ (mes) y _____ (mes) del año 2026.

5. Se indica _____ (especificar tratamiento) por la cantidad de _____ sesiones semanales durante el periodo _____ (mes) y _____ (mes) del año 2026.

SELLO Y FIRMA MEDICO TRATANTE



PRESUPUESTO PRESTACIÓN DE APOYO (TERAPIAS)

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5)

Fecha: ____/____/____

PRESTADOR: _____
DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____
TELEFONO: _____ EMAIL: _____
CUIT: _____

PRESTACION/ESPECIALIDAD: _____
PERIODO PRESTACIONAL: desde _____ 2026 hasta _____ 2026
CANT. SESIONES SEMANALES: _____ VALOR POR SESION: \$ _____
CANT. DE SESIONES MENSUALES: _____ VALOR MENSUAL: \$ _____

VALOR POR HORA \$ _____ VALOR MENSUAL \$ _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____
DNI: _____ Edad: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De ____hs a ____hs	De ____hs a ____hs	De ____hs a ____hs	De ____hs a ____hs	De ____hs a ____hs	De ____hs a ____hs

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR



CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5)

Fecha: ____/____/____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____ Edad: _____

Yo _____, DNI _____, doy mi conformidad respecto a las prestaciones que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas posibles

1- Prestación _____ Prestador _____

Periodo de prestación: Desde _____ Hasta _____ del año 2026.

2- Prestación _____ Prestador _____

Periodo de prestación: Desde _____ Hasta _____ del año 2026.

3- Prestación _____ Prestador _____

Periodo de prestación: Desde _____ Hasta _____ del año 2026.

4- Prestación _____ Prestador _____

Periodo de prestación: Desde _____ Hasta _____ del año 2026.

5- Prestación _____ Prestador _____

Periodo de prestación: Desde _____ Hasta _____ del año 2026.

Firma: _____ ACLARACION: _____

- Si el firmante no es la persona con discapacidad COMPLETAR

Yo _____ DNI: _____ dejo constancia

que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo las prestaciones detalladas.

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

Planilla de informe de asistencia mensual

Beneficiario:

DNI:

Mes prestacional:

Prestación:

Profesional:

01/__/26		16/__/26	
02/__/26		17/__/26	
03/__/26		18/__/26	
04/__/26		19/__/26	
05/__/26		20/__/26	
06/__/26		21/__/26	
07/__/26		22/__/26	
08/__/26		23/__/26	
09/__/26		24/__/26	
10/__/26		25/__/26	
11/__/26		26/__/26	
12/__/26		27/__/26	
13/__/26		28/__/26	
14/__/26		29/__/26	
15/__/26		30/__/26	
		31/__/26	

Declaro que los datos aquí detallados corresponden a los días reales de atención recibida y he dado mi conformidad para la misma.

Firma de padre/madre/tutor: _____

Aclaración: _____

Fecha: ____/____/2026

Firma y sello de prestador:

SOLICITUD CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del Afiliado _____

DNI _____

En mi carácter de padre/madre/tutor del paciente mencionado y mediante la presente nota, solicito el cambio de prestador para el tratamiento de _____ (prestación), a partir del día _____ del mes de _____ de 2026.

El nuevo profesional que atenderá al beneficiario será el/la Lic./Sr./Sra./Institución:

(nuevo prestador designado).

Las razones del cambio de prestador son las siguientes:

Firma padre/madre/tutor del beneficiario:

Aclaración:

Parentezco:



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5) Fecha: ____/____/____

PACIENTE: _____ DNI: _____

PRESTACION: _____ MES PRESTACIONAL: _____

01/__/26	16/__/26
02/__/26	17/__/26
03/__/26	18/__/26
04/__/26	19/__/26
05/__/26	20/__/26
06/__/26	21/__/26
07/__/26	22/__/26
08/__/26	23/__/26
09/__/26	24/__/26
10/__/26	25/__/26
11/__/26	26/__/26
12/__/26	27/__/26
13/__/26	28/__/26
14/__/26	29/__/26
15/__/26	30/__/26
	31/__/26

Declaro que los datos aquí detallados corresponden a los días reales de atención recibida y he dado mi conformidad para la misma.

Firma de padre/madre/tutor: _____

Aclaración: _____

Firma y sello de prestador:



SOLICITUD CAMBIO DE PRESTADOR

Obra Social: Obra Social del Personal Ladrillero (RNAS 1-1030-5) Fecha: ____/____/____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____
DNI: _____ Edad: _____

En mi carácter de padre/madre/tutor del paciente mencionado y mediante la presente nota, solicito el cambio de prestador para el tratamiento de _____ (prestación),
a partir del día _____ del mes de _____ de 2026.

El nuevo profesional que atenderá al beneficiario será el/la Lic./Sr./Sra./Institución:

(nuevo prestador designado).

Las razones del cambio de prestador son las siguientes:

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

PARENTEZCO: _____



MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y nombre del beneficiario/a: _____

Edad: _____ DNI: _____

ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado	
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)	
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: ____/____/____