Buenos Aires, 01 de octubre de 2026

Estimadas familias y prestadores/as:

Por medio de la presente, adjuntamos el Instructivo para Discapacidad correspondiente al ciclo 2027, 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 RECULAR y NUMERO DE CUE** (Clave Única del Establecimiento) el cual se debe presentar ANTES del inicio del ciclo lectivo 2027.
- **CONFORMIDAD PRESTACIONAL**, firmada por la persona con discapacidad o adulto/a responsable.(COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- **PLANILLA DE DATOS PERSONALES** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- **CERTIFICADO DE DOMICILIO** entregado por la policia o por el registro civil.

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 regirse 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 miso 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

ATENCION! 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: ____/_____/2027

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 2027.

- 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 2027.

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 _____ **2027 hasta** _____**2027**
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 _____ 2027 hasta _____2027
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) 2027 hasta _____(mes) del año 2027

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)2027 hasta _____(mes)2027.

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

- **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 el diagrama de traslados.

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

FORMULARIO DECLARACION JURADA DE TRANSPORTE

En la ciudad de_____a los_____días del mes de_____ de 2027.

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 _____ 2027 hasta _____2027

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 2027.

2. Se indica_____(especificar tratamiento) por la cantidad de _____ sesiones semanales durante el periodo _____ (mes) y _____(mes) del año 2027.

3. Se indica_____(especificar tratamiento) por la cantidad de _____ sesiones semanales durante el periodo _____ (mes) y _____(mes) del año 2027.

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 2027.

_____

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 _____ 2027 hasta _____2027 CANT.
SESIONES SEMANALES: _____ VALOR POR SESION: $_____ CANT.
DE SESIONES MENSUALES:_____ VALOR MENSUAL: $ _____

VALOR POR HORA $_____ VALOR MENSUAL $ _____

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

C

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 2027.

2- Prestación_____Prestador_____

Periodo de prestación: Desde_____Hasta_____del año 2027.

3- Prestación_____Prestador_____

Periodo de prestación: Desde_____Hasta_____del año 2027.

4- Prestación_____Prestador_____

Periodo de prestación: Desde_____Hasta_____del año 2027.

5- Prestación_____Prestador_____

Periodo de prestación: Desde_____Hasta_____del año 2027.

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

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: ____/____/2027

_____

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 2027.

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:

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*), apartir del día _____ del mes de_____de 2027.

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 internacional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para le 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:_____/_____/_____