



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2025

LEGAJOS 2025: Recepción a partir del día 01 de noviembre de 2024.

IMPORTANTE: NO SE AUTORIZARÁ NINGÚN LEGAJO AL QUE LE FALTE LA DOCUMENTACION INDICADA EN ESTE INSTRUCTIVO

La documentación debe ser enviada en formato digital (JPG y/o PDF), firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y enviada a los mails institucionales: mpontoriero@aeronavegantes.com y areamedica@aeronavegantes.com.

El archivo deberá nombrarse de la siguiente manera: Apellido, Nombre del afiliado y año. Ejemplo: PEREZ_JUAN_2024.

Se detalla la documentación médica del archivo:

- **Certificado de Discapacidad** legible y vigente. En caso de poseer prorroga, adjuntar constancia de Autenticidad de Certificado Único de Discapacidad: <https://apps.snr.gob.ar/consultarnpcd/spring/intro>.
- **Resumen de historia clínica:** 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. El resumen debe ser **completo, legible** y con fecha **anterior** al comienzo del tratamiento. Toda enmienda debe ser salvada con firma y sello del médico tratante.
- **Pedido médico** de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Debe constar nombre, apellido y DNI del paciente, periodo de cobertura (desde-hasta), modalidad de prestación (cantidad de sesiones semanales) y diagnóstico. Los pedidos médicos deben ser **completos, legibles** y con fecha **anterior** al comienzo del tratamiento. Toda enmienda debe ser salvada con firma y sello del médico tratante.

La documentación deberá referirse al tratamiento anual prescripto y no estar sujeta al año calendario, exceptuando las modalidades educativas y el apoyo a la integración escolar.

- **FIM – Escala de Independencia Funcional.** En caso de solicitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por **Lic. en Terapia Ocupacional (Res.1743/2024 SSSalud)**.
- **FIM – Escala de Independencia Funcional** En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de **transporte especial** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionado por **médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional** e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

La aprobación del transporte especial privado se encuentra ligado a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte. Asimismo, debe figurar “TRANSPORTE” como Orientación Prestacional dentro del CUD.

Documentación específica por prestación:

PRESTACIONES DE APOYO:

Kinesiología, Terapia Ocupacional, Psicología, Fonoaudiología, Psicomotricidad, Psicopedagogía, Musicoterapia.

IMPORTANTE: En caso de solicitar una sola prestación de apoyo, deberán presentar Constancia de Alumno Regular con el Código Único de Establecimiento Educativo al cual concurre.

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto según Anexo IV.
- Informe inicial/Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud vigente.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU).

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN.

Módulo Integral Simple: Cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes) con más de una especialidad.

Módulo Integral Intensivo: Comprende la atención brindada de lunes a viernes con más de una especialidad.

Módulo de Estimulación Temprana: Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente, hasta los 6 años.

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto según Anexo IV.
- Informe inicial/Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación, conforme al Anexo VI de la Resolución N° 789/09 – M. Salud.
- Inscripción en Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU).

EDUCACIÓN ESPECIAL

Educación Inicial: Proceso educativo que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad, aproximadamente.

Educación General Básica: Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 18 años de edad, aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

Formación Laboral: Proceso de capacitación que implica formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad.

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto según Anexo IV.
- Informe inicial/Informe evolutivo.



- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU)

SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR O MAESTRO DE APOYO:

Apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común (excluyente) en cualquiera de sus niveles.

Integración escolar: Brindado por institución o equipo categorizado a tal fin. . El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

Módulo Maestra/o de Apoyo: Brindado EXCLUSIVAMENTE por Psicopedagogos y/o Docentes Especiales, con Títulos habilitantes. El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará como valor hora.

- Constancia de alumno regular de escuela común y Acta acuerdo firmada entre partes intervinientes. Presentar dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto según Anexo IV.
- Informe inicial/Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Adaptaciones curriculares.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- EN CASO DE INSTITUCIONES: Dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- EN CASO DE PROFESIONALES: Título habilitante y certificado analítico de materias. Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU).

CET/CENTRO DE DIA

Centro educativo terapéutico: Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 4 y 24 años de edad.

Centro de día: Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto según Anexo IV.
- Informe inicial/ Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU).



REHABILITACIÓN – INTERNACIÓN

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de un proceso de duración limitada y con objetivos definidos, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario.

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto según Anexo IV.
- Informe inicial/Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
- Inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación, conforme al Anexo VI de la Resolución N° 789/09 – M. Salud.
- Inscripción en Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU).

HOGAR

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto según Anexo IV.
- Informe inicial/ Informe evolutivo.
- Plan de abordaje.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Informe social
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU).

TRASLADO

Comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención. **Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transporte público de pasajeros de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art. 22, inc. A). Se tendrá en cuenta la orientación prestacional del CUD.** En los casos que la persona con discapacidad deba realizar más de 1500 km. Mensuales para realizar sus tratamientos, se deberá redireccionar a centros de atención o Establecimientos más cercanos a su domicilio.

- Planilla de conformidad de prestación con firma ológrafa.
- Presupuesto según Anexo V de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Se aclara que deberán estar firmados de forma ológrafa y NO se tomarán como válidas las firmas digitales.
- Habilitación municipal y/o provincial vigente del auto a nombre de quien presupuesta.
- Póliza del seguro, VTV y licencia de conducir.



- Hoja de ruta extraída en Google Maps.
- Constancia de AFIP y datos bancarios (CBU).

Se detalla la documentación contable del archivo:

Mediante la presente les informamos que los valores de las prestaciones medico asistenciales fijados deberán ajustarse a los aranceles vigentes del sistema de prestación de atención integral a favor de las personas con discapacidad acorde al nomenclador vigente, Res. conjunta 7/2024 y sus posteriores modificaciones (MS.ANDIS)

Requisitos de la Factura o Factura-Recibo.

La facturación debe ser enviada en formato electrónica digital (formato PDF: original, duplicado y triplicado) a las siguientes casillas: mpontoriero@aeronavegantes.com y areamedica@aeronavegantes.com del 01 al 10 del mes siguiente a la prestación brindada. El archivo deberá nombrarse de la siguiente manera: Apellido del Afiliado_Apellido del Prestador_MesAño. Ejemplo: Garcia_Perez_012024.

Se detalla la documentación del archivo:

- La factura debe ser única por cada prestador y beneficiario dirigido a:
 - ✓ RAZON SOCIAL: Obra Social de Aeronavegantes.
 - ✓ CUIT: 30-63937125-1
 - ✓ IVA EXENTO
 - ✓ DIRECCION: Bme. Mitre 1902 – CP C1039AAD - CABA
- Fecha de Emisión: Posterior al mes de prestación.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de declaración jurada firmada por el prestador, persona con discapacidad o familiar responsable o tutor.
- Validación de Código de Autorización Electrónico (C.A.E): Se deberá adjuntar a cada factura la Constancia del CAE para lo cual deberá ingresar los datos de la misma en el siguiente link: <https://serviciosweb.afip.gob.ar/genericos/comprobantes/Default.aspx>

Contenido de la factura:

- Nombre del beneficiario. No debe incluir más de un beneficiario ni prestación.
- DNI del beneficiario.
- Periodo facturado (Mes y Año).
- Prestación brindada con detalle de lo autorizado.
- Modalidad, jornada (doble y simple), categoría del establecimiento si correspondiere, si incluyera dependencia y en el caso de especialidades: cantidad de sesiones y valor unitario de las mismas.
- Monto individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas.

- En caso de transporte deberá detallar:
 - Direcciones de partida y destino.
 - Cantidad de viajes por día y mensual.
 - Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
 - Total de kilómetros del mes.
 - Indicar si incluye dependencia.

Contenido de recibo de cancelación:

- Fecha.
- Número completo de factura que cancela.
- Los recibos globales deberán contener el detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
- Total del recibo. Se debe verificar que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

IMPORTANTE I: Los recibos cancelatorios, formato digital o impresos, deben ser enviados a las siguientes casillas: mpontoriero@aeronavegantes.com, mschneider@aeronavegantes.com y areamedica@aeronavegantes.com con firma y sello del prestador.

Firma y Sello del Prestador

Fecha



Bmé. Mitre 1906 - CP: C1039AAD - C.Aut. de Buenos Aires
RNOS: 1-0080-9
Tel.: +54 11 49537277 - 0800 9999 OSA (672) - Fax: +54 11 49537277 Int. 201
E-mail: osa@aeronavegantes.com - web: osa-aeronavegantes.com



Obra Social de Aeronavegantes

REQUISITOS CONTABLES PARA PRESENTAR FACTURAS POR INTEGRACIÓN

- RAZON SOCIAL (AFIP)
- CUIT
- SITUACION DE IVA/INGRESOS BRUTOS
- DIRECCION
- LOCALIDAD/PROVINCIA
- CODIGO POSTAL
- TELEFONO
- E-MAIL
- ACTIVIDAD QUE REALIZA EL PRESTADOR
- CBU



Discapacidad ANEXO I

Resumen de Historia Clinica

Fecha: _____

Paciente: _____

DNI: _____

Diagnóstico (como indica el CUD) : _____

Antecedentes de salud:

Antecedentes educativos/terapéuticos/laborales/etc:

Evolución del último año de tratamiento:

[illegible][illegible][illegible]

Firma y sello del médico	Aclaración	Matricula
--------------------------	------------	-----------



Discapacidad ANEXO II

Conformidad prestacional 2025

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario

Número de Afiliado:

Yo

Documento tipo (.....) N°, 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.

1. Prestación

Prestador

Período de la prestación: desde hasta

2. Prestación

Prestador

Período de la prestación: desde hasta

3. Prestación

Prestador

Período de la prestación: desde hasta

4. 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 familiar / responsable / tutor y doy conformidad respecto a las prestaciones detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración: Documento:



Discapacidad ANEXO III

Conformidad Transporte 2025

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario _____

Número de Afiliado/DNI: _____

Yo
Documento tipo (.....) N°, doy mi conformidad al diagrama de trasla-
dos por el período: Desde.....Hasta.....

Firma:

Aclaración:.....

Documento:.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus
modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Decla-
ración Jurada.

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 familiar / responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus
modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Decla-
ración Jurada.



Discapacidad ANEXO IV

Presupuesto prestacional

Fecha de emisión:/...../.....

Razón social del prestador:.....

CUIT:.....

Domicilio donde se realiza la prestación:.....

Correo electronico de contacto:.....

Beneficiario:.....

Modalidad prestacional a brindar:.....

Tipo de jornada a realizar:.....

Período: Desde:.....Hasta:.....

Almuerzo: SI - NO

Monto mensual:.....

En caso de corresponder:

Dependencia: SI - NO

Matricula 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 del prestador:.....

Aclaración:.....



Discapacidad ANEXO V

Presupuesto transporte

Fecha de emisión:/...../.....

Razón social del prestador:.....

CUIT:.....

Mail de contacto:.....Teléfono:.....

Compañía de Seguro:.....Póliza N°:.....

Beneficiario:.....DNI:.....

Período: 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: Marca con una cruz los días de traslado

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total KM Mensuales:.....

Adicional dependencia 35% (sujeto a evaluación) SI - NO

Valor del KM:.....

Monto mensual:.....

Firma del transportista:.....

Aclaración:.....



Discapacidad Planilla de asistencia

PRESTADOR:.....

AFILIADO:.....

FACTURA N°.....PERIODO FACTURADO:.....

FECHA DE CONSULTA	FIRMA PACIENTE/TUTOR/ENCARGADO	ACLARACION

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR:.....



Discapacidad

Planilla de asistencia de transporte por discapacidad

PRESTADOR:.....

AFILIADO:.....

FACTURA N°.....PERIODO FACTURADO:.....

FECHA DE CONSULTA	TRASLADO		FIRMA PACIENTE/ TUTOR/ENCARGADO	ACLARACION
	DESDE	HASTA		

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR:.....



Formulario FIM

(Medida de Independencia Funcional)

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido	Nombre	DNI
Edad		

DIAGNÓSTICO

El presente formulario deberá ser completado solo por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras puras por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales. Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, N° de matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes-



DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Alimentación

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

.....

.....

.....

.....

2. Aseo personal

Implica lavarse la cara, las manos y los dientes, también peinarse, afeitarse o maquillarse.

Indique asistencia qué grado de asistencia requiere para realizar estas actividades. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

.....

.....

.....

.....

3. Higiene

Implica el 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 en su aseo personal.

.....

.....

.....

.....

4. Vestido parte superior

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocarse órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

.....

.....

.....

.....

5. Vestido parte inferior

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

.....

.....

.....

.....



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. Indique la frecuencia de las deposiciones.

.....

.....

.....

.....

.....

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. Indique la frecuencia de las excreciones.

.....

.....

.....

.....

.....

9. Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Indique el grado de participación del paciente.

.....

.....

.....

.....

.....

10. Transferencia al baño

Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el 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. Ejemplo: escritura, gestos, signos, etc.

.....

.....

.....

.....

.....

15. Expresión
Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....

.....

.....

.....

.....



Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas. Describir el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17. Resolución de problemas

18. Memoria

Evaluación institucional

Bmé. Mitre 1906 (C1039AAD) C.A.B.A. - (011) 49537277 / Fax: 4953-7422 - www.osa-aeronavengantes.com - osa@aeronavengantes



TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

A continuación detallamos la escala que deberá utilizar para evaluar el grado de independencia que tiene el paciente.

ESCALA	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	Autocuidado	
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
	Control de esfínteres	
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
	Transferencias	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
	Locomoción	
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
	Comunicación	
14	Comprensión	
15	Expresión	
	Conexión	
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
PUNTAJE FIM TOTAL		

Fecha

--	--	--

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR:.....

AUDITORIA OSA

--	--