



## INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD-INTEGRACION 2026

### **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](mailto:mpontoriero@aeronavegantes.com) con copia a [areamedica@aeronavegantes.com](mailto:areamedica@aeronavegantes.com).

TODA DOCUMENTACION ENVIADA DEBE SER LEGIBLE Y CON FECHA ANTERIOR AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO

### **DOCUMENTACION MEDICA**

- **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD** legible y vigente. En caso de poseer proroga, adjuntar constancia de Autenticidad de Certificado Único de Discapacidad: <https://apps.snr.gob.ar/consultarnpcd/spring/intro>.
- **RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (ANEXO I)** 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.
- **PRESCRIPCION MEDICA (ANEXO II)** 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.**

- **FORMULARIO 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)**.
- **FORMULARIO 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. Solo se podrá indicar dependencia en el transporte al beneficiario mayor de 6 años de edad.

**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.

### **DOCUMENTACION ESPECIFICA POR PRESTACION:**

#### **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 Unico de Establecimiento Educativo al cual concurre.

- Conformidad de prestación con firma ológrafa (**ANEXO III**)
- Presupuesto (**ANEXO V**).
- 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 ARCA 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.

- Conformidad de prestación con firma ológrafa. (**ANEXO III**)
- Presupuesto según **ANEXO V**.
- 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 ARCA 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.

- Conformidad de prestación con firma ológrafa. (**ANEXO III**)
- Presupuesto según **ANEXO V**.
- 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 ARCA 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.
- Conformidad de prestación con firma ológrafa. (**ANEXO III**)
- Presupuesto según **ANEXO V**
- 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 ARCA 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.

- Conformidad de prestación con firma ológrafa. (**ANEXO III**)
- Presupuesto según **ANEXO V**.
- 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 ARCA 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.



- Conformidad de prestación con firma ológrafa. (**ANEXO III**)
- Presupuesto según **ANEXO V**.
- 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 ARCA 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. (**ANEXO III**)
- Presupuesto según **ANEXO V**.
- 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 ARCA 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.

- Conformidad de prestación con firma ológrafa. (**ANEXO IV**)
- Presupuesto según **ANEXO VI** 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 ARCA y datos bancarios (CBU).
- Solo se podrá indicar dependencia en el transporte al beneficiario mayor de 6 años de edad.

## **NORMAS DE FACTURACION**

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 9/2024 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](mailto:mpontoriero@aeronavegantes.com) con copia a [areamedica@aeronavegantes.com](mailto:areamedica@aeronavegantes.com) hasta las 23.59 hr del día 10 de cada mes.

El archivo deberá nombrarse de la siguiente manera:  
CUIL DEL PRESTADOR\_CODIGO SEGÚN TIPO DE COMPROBANTE\_PUNTO DE VENTA\_Nº DE FACTURA

Siendo CODIGO DE COMPROBANTE:

- 3 – Factura B
- 5 – Factura C
- 6 – Recibo C

PUNTO DE VENTA Y Nº DE FACTURA **NO** COMPLETAR CON CEROS

*EJEMPLO: XXXXXXXXXXXX\_X\_X*

### **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.

### **Contenido de la factura:**

- Nombre y apellido 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](mailto:mpontoriero@aeronavegantes.com) con copia a [mschneider@aeronavegantes.com](mailto:mschneider@aeronavegantes.com) y [areamedica@aeronavegantes.com](mailto:areamedica@aeronavegantes.com) con firma y sello del prestador.

---

Firma y Sello del Prestador

---

Fecha







# Discapacidad

## Anexo II - Prescripción médica para pacientes con discapacidad (uno por prestación)

Fecha de Emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

|                   |     |
|-------------------|-----|
| NOMBRE Y APELLIDO | DNI |
|-------------------|-----|

### DIAGNÓSTICO

|  |
|--|
|  |
|--|

### PRESTACIÓN

|                  |
|------------------|
| <p>SOLICITO:</p> |
|------------------|

### PERIODO

|       |       |     |
|-------|-------|-----|
| DESDE | HASTA | AÑO |
|-------|-------|-----|

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE | ACLARACIÓN |
|-----------------------------------|------------|



# Discapacidad Anexo III - Conformidad prestacional

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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 .

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 el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración: .....

Documento: .....



# Discapacidad

## Anexo IV - Conformidad Transporte

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

Apellido y nombre del beneficiario \_\_\_\_\_

Número de Afiliado/DNI: \_\_\_\_\_

Yo .....

Documento tipo (.....) N° ....., doy mi conformidad al diagrama de traslados 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 Declaración 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 Declaración Jurada.



# Discapacidad

## Anexo V - Presupuesto prestacional

Fecha de Emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Modalidad prestacional a brindar: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Período: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \_\_\_\_\_

### En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - 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:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: |

Firma y Aclaración del Prestador.



# Discapacidad

## Anexo VI - Presupuesto transporte

Fecha de Emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Mail de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ 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: marcar 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): Sí- No

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 Tipo (.....) N° .....  
 doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde .....  
 hasta.....

Firma: .....

Aclaración: .....

### **SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de.....

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

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....



# Discapacidad

## Requisitos contables para presentar facturas por integración

- RAZÓN SOCIAL (LA QUE FIGURA EN ARCA)
- CUIT
- SITUACION IVA/INGRESOS BRUTOS
- DIRECCIÓN
- LOCALIDAD/PROVINCIA
- CÓDIGO POSTAL
- TELÉFONO (SI LO TIENEN)
- MAIL
- ACTIVIDAD QUE REALIZA EL PRESTADOR
- CBU



# Formulario FIM

## (Medida de Independencia Funcional)

### DATOS DEL BENEFICIARIO

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Apellido             | Nombre               | DNI                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Edad                 |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      |

### 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.

.....

.....

.....

.....

.....





## 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  |         |
| <b>PUNTAJE FIM TOTAL</b> |  |         |

Fecha

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR:.....

AUDITORIA OSA



# Discapacidad

## Planilla de asistencia de transporte por discapacidad

PRESTADOR:.....

AFILIADO:.....

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

| FECHA DE VIAJE | TRASLADO |       | FIRMA PACIENTE/<br>TUTOR/ENCARGADO | ACLARACION |
|----------------|----------|-------|------------------------------------|------------|
|                | DESDE    | HASTA |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |
|                |          |       |                                    |            |

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR:.....

