

FORMULARIOS



RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

OBRA SOCIAL:.....

FECHA:/...../.....

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO	
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD		SEXO	

Diagnóstico de la patología incapacitante:

Indicar resumen del paciente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE



ORDEN MÉDICA

OBRA SOCIAL:

FECHA: / /

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD		PLAN

DIAGNOSTICO:

1. Se indica:
por la cantidad de sesiones semanales durante el periodo
..... a del año

2. Se indica:
por la cantidad de sesiones semanales durante el periodo
..... a del año

3. Se indica:
por la cantidad de sesiones semanales durante el periodo
..... a del año

4. Se indica:
por la cantidad de sesiones semanales durante el periodo
..... a del año

5. Se indica :
por la cantidad de sesiones semanales durante el periodo
..... a del año

¿Requiere dependencia? SI / NO

.....

FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE



ORDEN MÉDICA (Transporte)

OBRA SOCIAL:

FECHA: / /

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD	PLAN	

DIAGNOSTICO:

1. Se indica:

Desde

Hasta

durante el periodo..... adel año

2. Se indica:

Desde

Hasta

Durante el periodo..... adel año

3. Se indica:

Desde

Hasta

Durante el periodo..... adel año

4. Se indica:

Desde

Hasta

Durante el periodo..... adel año

¿Requiere dependencia? SI / NO

.....

FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE



SOLICITUD DE PRESTACIONES E INSUMOS:

Lugar y fecha.....

Señor Presidente de la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización de las siguientes prácticas / tratamientos / adquisición de

..... Para tal fin adjunto los datos correspondientes y la documentación solicitada.

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:.....Edad:.....

Lugar y fecha de nacimiento.....

Estado Civil:Domicilio actual.....

Ciudad.....Provincia.....CP.....

DNI.....Parentesco con el titular:.....

Teléfono.....e-mail.....

DATOS DEL TITULAR:

Apellido y Nombres:.....CUIL.....

Domicilio actual.....

Ciudad.....Provincia.....CP.....

Teléfono.....e-mail.....

Declaro que los datos volcados en este formulario son exactos y revisten el carácter de Declaración Jurada.

.....
Firma del beneficiario

.....
Firma de padre/ tutor o encargado

.....
Aclaración

.....
Aclaración



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO Y/O PRÁCTICA
AMBULATORIA:

Ciudad y fecha

Obra Social:

RNOS:

Me dirijo a usted a fines de brindar mi consentimiento por el plan de tratamiento de la prestación de

Declaro haber comprendido y aceptado en todos sus términos los alcances del mismo.

NOMBRE Y APELLIDO.....

D.N.I.....

FIRMA.....

ACLARACION.....

Por la presente certifico que he explicado los alcances del tratamiento

que se brinda al beneficiario y que se han contestado todas las preguntas en torno a las características del mismo.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL.....

❖ SE DEBERA PRESENTAR CONSENTIMIENTO PARA CADA PRESTACION QUE EL PACIENTE REALICE



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA INSTITUCIONES:

Lugar y fecha.....

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:.....DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Modalidad Prestacional a brindar:..... Tipo de
 Jornada a realizar: Simple ... Doble.....Reducida Permanente..... Categoría: A.....
 BC..... Incluye Almuerzo: Si..... No..... Incluye Dependencia: Si.....
 No.....Período: desde.....hasta.....del año 20.....
 Monto Mensual: \$.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Razón Social:.....
 Domicilio real de la prestación:
 Localidad:.....Provincia:.....Teléfono:.....
 Email:.....CUIT..... Condición frente al
 IVA:.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....

Firma, aclaración y sello de la institución



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES:

Lugar y fecha.....

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:.....DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación / Especialidad a brindar:

Período: desde.....hasta.....del año 20....

Cantidad de sesiones semanales y mensuales:

Monto por Sesión: \$..... Monto Mensual: \$.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Razón Social:.....

Domicilio real de la prestación:

Localidad:.....Provincia

Tel:.....e-mail

CUIT:..... Condición frente al IVA:.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....
 Firma, aclaración y sello del Profesional



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular.....
 Apellido y Nombre del BeneficiarioDNI.....
 El niño concurre acompañado por.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad:.....
 Período: Desde.....Hasta..... 20.....
 Cantidad de sesiones semanales y mensuales.....
 Monto por sesión (si es única prestación).....
 Monto Mensual.....
 Monto del Módulo (si es brindada por equipo).....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido/Razón Social.....
 Domicilio real de la prestación.....
 Localidad.....Provincia.....Teléfono.....
 Email.....CUIT.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta
TERAPIA						
TERAPIA						
TERAPIA						

.....
 Firma, aclaración y sello del Profesional



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR REHABILITACIÓN - INSTITUCIONES:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular.....
 Apellido y Nombre del BeneficiarioDNI.....
 El niño concurre acompañado por.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad:.....
 Período: Desde.....Hasta..... 20.....
 Cantidad de sesiones semanales y mensuales.....
 Monto por sesiónMonto Mensual.....
 Valor del Módulo.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido/Razón Social.....
 Domicilio real de la prestación.....
 Localidad.....Provincia.....Tel:.....
 Email.....CUIT.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta
TERAPIA						
TERAPIA						
TERAPIA						

.....
 Firma, aclaración y sello de la Institución



PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular.....
 Apellido y Nombre del Beneficiario
 DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad: MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.
 Período: Desde.....Hasta..... 20.....
 Cantidad de Horas Mensuales.....Monto Mensual.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido
 Domicilio
 Localidad.....Provincia.....
 Tel:..... Email.....
 CUIT.....Cheque a la orden de.....

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA:

Escuela donde se brindará la prestación:.....
 Domicilio.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....
 Firma, aclaración y sello del Profesional



PRESUPUESTO EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular.....
 Apellido y Nombre del BeneficiarioDNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad: **EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.**

Período: Desde.....Hasta..... 20.....
 Cantidad de Horas Mensuales.....Monto Mensual.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido
 Domicilio.....
 Localidad.....Provincia
 Tel..... Email.....CUIT.....
 Cheque a la orden de.....

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA:

Escuela donde brindará la prestación:.....
 Domicilio.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

ACTIVIDAD EXTRA-ÁULICA:

Conformación del Equipo Profesional Interviniente:

1. Nombre y Apellido
 Título Profesional.....
 Objetivo de la Intervención

2.Nombre y Apellido
 Título Profesional..... Objetivo
 de la Intervención

.....
.....
.....

3.Nombre y Apellido Título
Profesional..... Objetivo de la
Intervención

.....
.....
.....

Domicilio real donde se brindará la prestación
.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....
Firma, aclaración y sello del Representante del Equipo



ACTA ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:

A los.....días del mes.....del año 20.... en la ciudad.....
se establece el presente acuerdo entre la Escuela
.....con domicilio en.....
.representada por
la Maestra de Apoyo / el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, representado
por.....y la familia del niño/a
.....con DNI..... para llevar a cabo
la integración del niño/a en el Año / Sala.....Turno.....,

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

La Institución Educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de Apoyo a la Integración Escolar se comprometen a :

- Atender al / a la niño / a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de Evaluación, Calificación y Acreditación teniendo en cuenta las nomas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la Evaluación Media y Final en forma interdisciplinaria.

La Familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

La continuidad del / la alumno / a en el Proyecto de Integración Escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes en forma conjunta podrán considerar, toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño / a.

La no continuidad del proyecto podrá darse:

- Incumplimiento de los ítems mencionados ut-supra.
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
- Modificaciones importantes en la conducta.

.....
Firma, sello y aclaración de la
Escuela Común donde se realiza
Integración Escolar

.....
Firma y aclaración del Padre
Madre / Tutor

.....
Firma, aclaración y sello de
Maestra / Equipo a la
Integración Escolar



MODELO DE PLAN DE TRABAJO INSTITUCIONES / PROFESIONALES:

Lugar y fecha.....
Apellido y Nombre del Beneficiario
DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad:
Período: Desde Hasta 20.....

OBJETIVOS CONCRETOS PROPUESTOS POR DISCIPLINA:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....

.....
Firma, aclaración y sello del Profesional

.....
Firma y aclaración del beneficiario



TABLA DE MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM):

Paciente..... DNI..... Diagnóstico.....

Institución..... Modalidad..... Fecha.....

7	Completa en tiempo y con seguridad	SIN AYUDA
6	Modificada con adaptaciones(necesita mas tiempo extra y/o usa accesorios)	
DEPENDENCIA PARCIAL		
5	Con supervisión, con ayuda y/o estímulo verbal	CON AYUDA
4	Con asistencia mínima (realiza 75% o + de la tarea)	
3	Con asistencia moderada (realizada entre 50 y 74% de la Tarea)	
DEPENDENCIA COMPLETA		
2	Con asistencia máxima (realiza del 25 al 49% de la tarea)	
1	Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	
CUIDADO PERSONAL		PUNTAJE
1	Comida (uso de utensilio, masticar, deglutir)	
2	Aseo (lavarse caras, manos, peinarse, afeitarse, dientes)	
3	Bañarse (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o en cama)	
4	Vestirse parte superior (de cintura para arriba o colocarse ortesis y/o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (cintura para abajo, zapatos, abrocharse,colocarse prótesis)	
6	Uso del baño (higiene perineal, ajuste de ropa antes y después del uso)	
CONTROL ESFINTEREANO		
7	Vejiga	
8	Intestino	
MOVILIDAD (tipo de desplazamiento)		
9	A Cama, silla, silla de ruedas	
10	A toilette (sentarse y salir del inodoro)	
11	Bañera o ducha	
LOCOMOCION		
12	Marcha / Silla de ruedas	
13	Escaleras	
COMUNICACION		
14	Comprensión audio / visual	
15	Expresión verbal / no verbal	
ADPATACION PSICO-SOCIAL		
16	Interacción social	
FUNCIONES COGNITIVAS		
17	Resolución de problemas cotidianas	
18	Memoria para actividades simples y/o rostros familiares	
		PUNTAJE FIM TOTAL

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales. Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría de **O.S.S.B.**, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por **sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.**

.....
Firma

.....
Firma y sello profesional

.....
Firma y sello profesional



PLANILLA DE DATOS SOCIO-FAMILIARES:

Lugar y fecha.....
 Apellido y Nombre del Titular
 Domicilio.....
 Localidad.....Teléfono.....Email:.....
 Apellido y Nombre del Beneficiario
 Prestación solicitada

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Lugar y fecha de emisión.....

.....

Firma y aclaración del titular

