

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:

CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo..... con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto al diagrama de traslados e informo 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.

:

1. **Prestación a:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

2. **Prestación a:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. **Prestación a:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. **Prestación a:** _____

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..... e informo que no se 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.

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

Firma:.....

Aclaración:

ORDEN MÉDICA

OBRA SOCIALSERVICIOS SOCIALES BANCARIOS

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 MEDICOTRATANTE

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 MEDICOTRATANTE

INSTITUCIONES PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO
(EGB- CET - Centro de día - Formación laboral - Educación Inicial - Hogar)

Fecha de emisión: _____

Obra Social Servicios Sociales Bancarios:

Nombre y Apellido Beneficiario: _____

DNI Beneficiario _____ CUIL Titular _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

Prestación: _____

Desde: _____ Hasta _____ 20____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____ Localidad y CP: _____

Categoría: _____ Vencimiento Registro Prestador _____

Tipo de jornada: Simple () Completa () Reducida ()

Dependencia (Sujeto a Evaluación) SI NO

Monto mensual: \$ _____

Nombre del Prestador _____ Nº _____

CUIT: _____

Mail: _____ Teléfono: _____

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones: _____

***Presentar Constancia de Alumno Regular con Domicilio de la institución.**

NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS

Firma Responsable de Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario: _____ DNI: _____

Firma Beneficiario o representante

Aclaración

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

TRATAMIENTOS AMBULATORIOS PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO
(Módulos- Prestación de Apoyo - Estimulación Temprana - Integración Escolar)

Fecha de emisión: _____

Obra Social Servicios Sociales Bancarios: _____

Nombre y Apellido del Beneficiario: _____

DNI Beneficiario _____ CUIL Titular: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

Prestación/Especialidades: _____

Desde: _____ Hasta _____ 20__

Domicilio donde se realiza la prestación: _____ Localidad y CP: _____

Cantidad de sesiones Semanales: _____ Mensuales: _____

Monto por sesión: \$ _____ Monto mensual: \$ _____

Nombre del Prestador: _____ N° _____

CUIT: _____ Vencimiento Registro Prestador _____

Mail: _____ Teléfono: _____

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS

Firma Responsable

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____ DNI: _____

Firma Beneficiario o representante

Aclaración

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

MODELO DE ACTA ACUERDO DE INTEGRACION

En la Ciudad de..... a los.....días del mes de de..... se establece en común acuerdo entre las Instituciones y los padres del alumno/a..... para el ciclo lectivo 20.... :

- 1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestra/o de apoyo, significando su asistencia pedagógica la cual consistirá en la adaptación y 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 currículo 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, informarán 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 las inasistencias 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.

.....
Firmas de los padres

.....
Firmas de los directivos de la escuela

.....
Firmas del equipo de integración

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión: _____

Obra Social Servicios Sociales Bancarios:

Nombre y Apellido del Beneficiario _____

DNI Beneficiario _____ CUIL Titular: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

TRANSPORTE Desde _____ hasta _____ 20__

Domicilio Origen _____ Localidad _____

Domicilio Destino _____ Localidad _____

Prestación a la que asiste _____

Cantidad de:

Viajes semanales: _____ Viajes mensuales: _____

Kilómetros por viaje: _____ Kilómetros diarios (IDA Y VUELTA) _____ Kilómetros Mensuales _____

Valor kilómetro \$ _____

Total valor mensual: \$ _____

Nombre del Prestador: _____ N° _____

CUIT: _____

Mail: _____ Teléfono: _____

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones: _____

***Presentar constancia de alumno regular o del lugar donde concurre con Domicilio, días y horarios.
NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS**

Firma Responsable del Transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____ DNI: _____

Firma Beneficiario o representante

Aclaración

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

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

