

## CARPETA DE PRESTACIONES ESPECIALES

---

A continuación le detallaremos toda la información necesaria para acceder a las Prestaciones por Discapacidad.

- DOCUMENTACIÓN BÁSICA A PRESENTAR EN TODOS LOS CASOS **Pag. 02**  
DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTAR DE ACUERDO A LAS PRESTACIONES QUE EL BENEFICIARIO REQUIERA:
  - TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN **Pag. 03**
  - PRESTACIONES EDUCATIVAS **Pag. 07**
  - PRESTACIONES TERAPÉUTICO-EDUCATIVAS **Pag. 13**
  - PRESTACIONES ASISTENCIALES **Pag. 18**
- TRANSPORTE A LAS TERAPIAS Y/O ESCOLARIDAD **Pag. 20**
- MODELOS DE FORMULARIOS

### **IMPORTANTE:**

El equipo de discapacidad podrá solicitar documentación extra en caso de considerarlo pertinente para el análisis del caso.

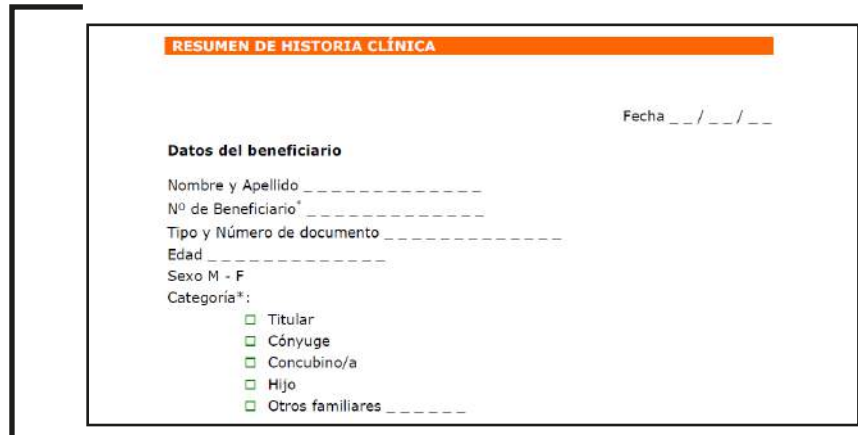
Se sugiere que complete nuestros formularios desde su PC.

**Tener en cuenta: Se pueden completar y editar los formularios en formato .PDF adjuntos desde su PC, indicando la opción "Firmar" -> "Agregar Texto". Utilizando la versión 11 del Adobe**

## DOCUMENTACIÓN BÁSICA

### DEBERÁ PRESENTAR:

- **Resumen de Historia Clínica (Formulario 1)** realizada por el médico tratante.



**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Datos del beneficiario**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Nº de Beneficiario\* \_\_\_\_\_

Tipo y Número de documento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo M - F \_\_\_\_\_

Categoría\*:

Titular

Cónyuge

Concubino/a

Hijo

Otros familiares \_\_\_\_\_

- **Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad vigente.** Si estuviera vencido deberá adjuntar una fotocopia del comprobante del turno para su renovación.



00075581-0

CERTIFICADO Nº: ARG-02-00019253008-20110208-20140208-SNR-118

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Ley Nº 22.431

Ministerio de  
 Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
 Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales  
 Servicio Nacional de Rehabilitación

APPELLIDO Y NOMBRES: ANAN, TOBIAS

TIPO Y NÚMERO: D.N.I. N° 49263896 Nº CUIL/CUIL: \_\_\_\_\_ INICIACIÓN: 02/21/2009

DIAGNÓSTICO:  
 Trastorno específico del desarrollo de la función motriz. Deficiencia congénita de la mano

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL:  
 FUNCIONES CORPORALES: D147,2 V770.1

RESERVADAS CORPORALES: \_\_\_\_\_

- **Constancia de alumno regular** del año 2016. Si el beneficiario de la prestación no asistiera a una institución educativa deberá presentar una nota que indique que el beneficiario por quien se solicita la prestación no se encuentra escolarizado.



Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires  
 Ministerio de Educación  
 Instituto de Formación Técnica Superior Nº 6 (IFTS)

**CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR**

Por la presente se certifica que \_\_\_\_\_ con documento CI/DNI /LC/LE/ \_\_\_\_\_ se encuentra inscripto en caracter de **ALUMNO REGULAR** en la carrera de Técnico Superior Aduanero -Turno: 18.30 a 22:15hs-, que se dicta en este establecimiento educativo. Se extiende el presente certificado sin enmiendas ni raspaduras, y a pedido del interesado, para ser presentado ante \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sello Institucional Firma y Sello Secretario

- **Cronograma de Asistencia (Formulario 12)** realizado por el beneficiario titular.

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA PARA PRESTACIONES ESPECIALES						
Nombre y Apellido del beneficiario que recibe la prestación:						
Deberá completar los días y horarios de asistencia a todas las terapias a las que concurra el beneficiario que re						
HORARIO		DÍAS				
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	
08 : 00	12 : 00	Escuela	Escuela	Escuela	Escuela	
15 : 00	16 : 00		Psicóloga			
___ : ___	___ : ___					

- **Formulario FIM (Medida de Independencia Funcional) - (ANEXO 2)**, Deberá ser completado y firmado por el médico tratante. **COMPLETARLO EN SU TOTALIDAD INCLUYENDO LA ESCALA NUMÉRICA DE PUNTUACIÓN.** Tenga en cuenta que este formulario consta de 6 hojas.

FORMULARIO FIM
<p><b>Datos:</b>            Nombre y apellido:.....            Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> N° <input type="text"/>            Diagnóstico:.....            Edad: <input type="text"/> (Completar los campos)</p> <p>El presente formulario deberá ser completado solo por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación, neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras puras por un médico especialista en psiquiatría, e de patologías mentales.</p> <p>Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica.</p>

- **Beneficiarios titulares Monotributistas:** Deberán presentar los últimos 6 comprobantes de pago del monotributo correspondientes al momento de presentar la documentación.

## TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

Los tratamientos de rehabilitación podrán ser psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, musicoterapia, etc.

**Por las prestaciones de TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL e HIDROTERAPIA, VER APARTADO, PÁGINA 7.**

### DEBERÁ PRESENTAR:

- **Orden Médica (Formulario 2)** prescripta por el médico tratante

**ORDEN MÉDICA (1)**

..... / ..... / ..... (2)

**Datos del beneficiario (4)**  
 Nombre y apellido .....

Nº de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....

Edad ..... (Completar los campos)

Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

- **Formulario de Conformidad (Formulario 3)** prestación solicitada. Con todos los campos completos, sin excepción, en letra imprenta mayúscula, firmado por el padre, madre o tutor del beneficiario para el que se solicita la cobertura.

**FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN (1)**

..... / .....

**Datos del beneficiario (4)**  
 Nombre y apellido .....

Nº de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....

Edad ..... (Completar los campos)

Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo

- **Consentimiento bilateral (Formularios 4)** completado por el beneficiario o su representante y el profesional, institución o transportista.

**CONSENTIMIENTO BILATERAL (1)**

..... / ..... / .....

Consentimos que se lleve a cabo la prestación .....

brindada por (3) .....

a mi hijo (4) .....

desde el ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / ..... entendiendo y acordando en todos sus términos y condiciones de dicha práctica / transporte. (5)

- **Plan de trabajo (Formulario 5)** para cada prestación solicitada, detallando modalidad y objetivos del tratamiento, confeccionado y firmado por el profesional que lo llevará a cabo. El mismo detalla modalidad, abordaje y objetivos del tratamiento.

**PLAN DE TRABAJO (1)**

..... / ..... / ..... (2)

Prestación: .....

**Datos del beneficiario (4)**

Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario (3): ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº .....

Edad: ..... (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

Titular

Cónyuge

Concubino/a

- **Presupuesto de Rehabilitación original (Formulario 6)** deberá presentar un presupuesto para cada prestación solicitada, debe estar confeccionado y firmado por la institución o el profesional que la llevará a cabo.

(Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente.)

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN (1)**

..... / ..... / .....

**OBRA SOCIAL ASE**

A quien corresponda:

Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

---

**DE:**

Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Tel: ..... Tel. Celular: ..... Mail: .....

Nº CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....

Condición frente al IVA: ..... Póliza Nº: .....

Prestación/Especialidad: .....

Periodo Prestacional del mes de: ..... Al mes: (6) .....

- **Fotocopia del CUIT de la institución o el profesional que brinde la prestación.**

**AFIP** ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

**CONSTANCIA DE INSCRIPCION**

CUIT: .....

---

**IMPUESTO/RÉGIMEN REGISTRADO Y FECHA DE ALTA**

REG. TRAB. AUTÓNOMO Categoría T2 Col II Ingresos desde

IVA

**GANANCIAS PERSONAS FISICAS**

Contribuyente no amparado en los beneficios promocionales INDUSTRIALES establecidos por Ley 22021 y modificaciones 22702 y 22973, a la fecha de emisión de la presente constancia.

■ **Título universitario y/o terciario**



■ **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP)\* del profesional, actualizada al período de tratamiento, para los profesionales que lo requieren, según lo establecido por el Ministerio de Salud.**



**IMPORTANTE. PRESTACIONES DOMICILIARIAS:** Las prestaciones en domicilio se autorizarán únicamente por excepción en caso que el diagnóstico y la situación del paciente le impidan el traslado a rehabilitación. Para la evaluación de auditoría médica deberá presentar:

- Justificación médica del tratamiento domiciliario.
- Seguro de mala praxis del profesional.

\*Los profesionales que requieren inscribirse en el RNP son los agentes de salud que posean matrícula: médicos, psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales.

## **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL [APARTADO]**

- Es importante destacar que se trata de una técnica, no de una especialidad.
- En la documentación solicitada que mencionamos anteriormente, se deberá nombrar la especialidad (por ejemplo: psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional) y luego detallar la modalidad de abordaje (cognitivo conductual)
- En lo que respecta a la documentación del profesional que brinde el tratamiento, deberá presentar, además del título y la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, la acreditación de la formación en la técnica cognitivo conductual.

## **HIDROTERAPIA [APARTADO]**

- Se trata de una prestación de rehabilitación, por lo tanto deberá estar brindada por un profesional de la salud (por ejemplo, kinesiólogo o psicomotricista) o un centro de rehabilitación acreditado. No se autorizará dicha prestación brindada por un profesor de educación física.
- Asimismo, y aunque la prestación sea facturada por un profesional individual, se solicita en todos los casos por parte del establecimiento donde se brinda la prestación, la acreditación ante el Servicio Nacional de Rehabilitación como Centro de Rehabilitación.
- Esto último se suma a la documentación solicitada por prestaciones de rehabilitación.

## PRESTACIONES EDUCATIVAS

a) **ESCUELA ESPECIAL:** Inicial, E.G.B, formación laboral.

### DEBERÁ PRESENTAR:

- **Orden Médica (Formulario 2)** prescripta por el médico tratante.

**ORDEN MÉDICA (1)**

..... / ..... / .....

**Datos del beneficiario (4)**

Nombre y apellido .....

Nº de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº .....

Edad ..... (Completar los campos)

Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

- **Formulario de Conformidad (Formulario 3)** por la prestación solicitada. Con todos los campos completos, sin excepción, en letra imprenta mayúscula, firmado por el padre, madre o tutor del beneficiario para el que se solicita la cobertura.

**FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN (1)**

..... / ..... / ..... (2)

**Datos del beneficiario (4)**

Nombre y apellido .....

Nº de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº .....

Edad ..... (Completar los campos)

Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

\_\_\_\_\_  
Sres.  
Obra Social

- **Consentimiento bilateral (Formulario 4)** completado por el beneficiario o su representante y el profesional, institución o transportista.

**CONSENTIMIENTO BILATERAL (1)**

..... / ..... / ..... (2)

Consentimos que se lleve a cabo la prestación .....

brindada por (3) .....

a mi hijo (4) .....

desde el ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / ..... entendiendo y acordando en todos sus términos las características de dicha práctica / transporte. (5)



- **Plan de trabajo (Formulario 5)** firmado por los directivos de la institución o por el representante legal. El mismo detalla la modalidad de prestación educativa realizada, los objetivos y las diferentes actividades a realizar en la institución.

**PLAN DE TRABAJO** (1)

..... / ..... / ..... (2)

Prestación: .....

**Datos del beneficiario (4)**

Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario (3): ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº ..... (Completar los campos)

Edad: ..... (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

Titular

Cónyuge

Concubino/a

Hijo

Otros familiares .....

- **Presupuesto Educativo original (Formulario 7)** deberá estar firmado por los directivos de la institución o por el representante legal. (Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente.)

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EDUCATIVAS** (1)

..... / ..... / .....

Sres.   
 Obras Social

arios

iente presupuesto.

**De:**

Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Teléfono: ..... Teléfono C .....

...úmero de CUIT: ..... Ingresos B .....

Condición frente al IVA: ..... ta N°: .....

Prestación / Especialidad: ..... al mes: .....

Período prestacional del mes ..... al mes: .....

- **Categorización de la Institución** expedida por el Servicio Nacional de Rehabilitación correspondiente a la prestación presupuestada.

2005 - Año de Homenaje a Raúl SCALABRINI ORTIZ

**Ministerio de Salud**  
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales  
Gerencia Nacional de Rehabilitación

BUENOS AIRES,

VISTO el Expediente N° ..... del Registro del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION, Disposición N° 264 de fecha 24 de febrero de 2005 y.

CONSIDERANDO:

Que mediante Disposición N° ..... de fecha 24 de febrero de 2005, del entonces Director del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, se dispuso la

- **Fotocopia del CUIT de la institución**

**AFIP**  
ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

**CONSTANCIA DE OPCION**  
Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

**b) APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:** institución o equipo de profesionales acreditados en el Servicio Nacional de Rehabilitación.

**DEBERÁ PRESENTAR:**

■ **Orden Médica (Formulario 2)** prescripta por el médico tratante.

**ORDEN MÉDICA (1)** ..... / ..... / ..

**Datos del beneficiario (4)**  
 Nombre y apellido .....  
 Nº de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)  
 Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº .....  
 Edad ..... (Completar los campos)  
 Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)  
 Categoría (5) : (Marcar con X lo que corresponda)  
 Titular  
 Cónyuge  
 Concubino/a  
 Hijo  
 Otros familiares .....

■ **Formulario de Conformidad (Formulario 3)** por la prestación solicitada. Con todos los campos completos, sin excepción, en letra imprenta mayúscula, firmado por el padre, madre o tutor del beneficiario para el que se solicita la cobertura.

**FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN (1)** ..... / ..... / ..... (2)

**Datos del beneficiario (4)**  
 Nombre y apellido .....  
 Nº de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)  
 Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº .....  
 Edad ..... (Completar los campos)  
 Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)  
 Categoría (5) : (Marcar con X lo que corresponda)  
 Titular  
 Cónyuge  
 Concubino/a  
 Hijo  
 Otros familiares .....

Sres. \_\_\_\_\_  
**Obra Social**

■ **Consentimiento bilateral (Formulario 4)** completado por el beneficiario o su representante y el profesional, institución o transportista.

**CONSENTIMIENTO BILATERAL (1)** ..... / ..... / ..... (2)

Consentimos que se lleve a cabo la prestación .....  
 .....  
 brindada por (3) .....  
 a mi hijo (4) .....  
 desde el ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / ..... entendiendo y acordando en todos sus términos las características de dicha práctica / transporte. (5)

■ **Plan de trabajo (Formulario 5)**

deberá estar firmado por la institución que realiza la integración. El mismo detalla la modalidad de prestación educativa realizada, los objetivos y las diferentes actividades a realizar en la institución.

**PLAN DE TRABAJO (1)**

..... / ..... / ..... (2)

Prestación: .....

**Datos del beneficiario (4)**

Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario (3): ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) Lc  DNI  LE  PAS  N° ..... (Completar los campos)

Edad: ..... (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

Titular

Cónyuge

■ **Presupuesto Educativo original (Formulario 7)**

deberá estar firmado por la institución que realiza la integración.  
 (Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente.)

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EDUCATIVAS (1)**

..... / ..... / .....

Sres.  
 Obra Social  
 Acción Social de Empresarios

**A quien corresponda:**  
 Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

---

**De:**  
 Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Teléfono: ..... Teléfono Celular: .....

Número de CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....

■ **Acta acuerdo de integración (Formulario 8)**

se trata de un compromiso de todas las partes que intervienen en la integración del alumno. Deberá contener el membrete y sello de la institución educativa a la que concurre el alumno, con firma y aclaración de todas las partes intervinientes: directivos de la escuela, responsable de la institución o equipo de integración y padres.

**MODELO ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN**

Ciudad en la que se realiza el acta acuerdo: BUENOS AIRES

Nombre del beneficiario de la prestación: PEDRO GOMEZ

En la ciudad de BUENOS AIRES, a los 3 días del mes de ENERO de 2014, se establece en común acuerdo entre las instituciones GRUPO ESCUELA DE LA SOL y los padres del alumno PEDRO GOMEZ lo siguiente:

1. El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro 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.

■ **Categorización de la Institución que realiza la integración.**

2009 - Año de Homenaje a Raúl SCALAPINI CRTZ

**Ministerio de Salud**  
 Secretaría de Políticas, Regulación e Instituciones  
 Subsecretaría de Gestión de Servicios Administrativos  
 Gerencia

BUENOS AIRES, 23 JUN 2009

VISTO el Expediente N° 1-2002-430002920/01-8 del Registro del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION, Disposición N° 264 de fecha 24 de febrero de 2005 y.

CONSIDERANDO:  
 Que mediante Disposición N° 264 de fecha 24 de febrero de 2005, del

**c) MAESTRO DE APOYO:** Profesional individual a cargo de esta prestación. Quien brinde esta prestación deberá poseer título afín a la pedagogía (psicopedagogos, docentes especiales). No se aceptarán maestros de apoyo brindada por psicólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, musicoterapeutas, docentes de nivel inicial.

**DEBERÁ PRESENTAR:**

- **Orden Médica (Formulario 2)** prescripta por el médico tratante.

..... / ..... / ..

**ORDEN MÉDICA (1)**

**Datos del beneficiario (4)**  
 Nombre y apellido .....  
 N° de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)  
 Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....  
 Edad ..... (Completar los campos)  
 Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)  
 Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)  
 Titular  
 Cónyuge  
 Concubino/a  
 Hijo  
 Otros familiares .....

- **Formulario de Conformidad (Formulario 3)** por la prestación solicitada. Con todos los campos completos, sin excepción, en letra imprenta mayúscula, firmado por el padre, madre o tutor del beneficiario para el que se solicita la cobertura.

..... / ..... / ..... (2)

**FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN (1)**

**Datos del beneficiario (4)**  
 Nombre y apellido .....  
 N° de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)  
 Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....  
 Edad ..... (Completar los campos)  
 Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)  
 Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)  
 Titular  
 Cónyuge  
 Concubino/a  
 Hijo  
 Otros familiares .....

Sres. \_\_\_\_\_  
 Obra Social \_\_\_\_\_

- **Consentimiento bilateral (Formulario 4)** completado por el beneficiario o su representante y el profesional actuante.

..... / ..... / ..... (2)

**CONSENTIMIENTO BILATERAL (1)**

Consentimos que se lleve a cabo la prestación .....  
 .....  
 brindada por (3) .....  
 a mi hijo (4) .....  
 desde el ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / ..... entendiendo y acordando en todos sus términos las características de dicha práctica / transporte. (5)

- **Plan de trabajo (Formulario 5)** deberá estar firmado por la maestra. El mismo detalla la modalidad de prestación educativa realizada, los objetivos y las diferentes actividades a realizar en la institución.

**PLAN DE TRABAJO (1)**

..... / ..... / ..... (2)

Prestación: .....

**Datos del beneficiario (4)**  
 Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario (3): ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....

Edad: ..... (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

- **Presupuesto Educativo original (Formulario 7)** deberá estar firmado por la maestra.  
 (Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente.)

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EDUCATIVAS (1)**

..... / ..... / .....

Sres.  
**Obra Social**  
**Acción Social de Empresarios**  
**A quien corresponda:**  
 Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

---

**De:**  
 Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Teléfono: ..... Teléfono Celular: .....

Número de CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....

Condición frente al IVA: ..... Póliza N°: .....

Prestación / Especialidad: .....

Período prestacional del mes ..... al mes: .....

- **Acta acuerdo de integración (Formulario 8)** se trata de un compromiso de todas las partes que intervienen en la integración del alumno. Deberá contener el membrete y sello de la institución educativa a la que concurre el alumno, con firma y aclaración de todas las partes intervinientes: directivos de la escuela, responsable de la institución o equipo de integración y padres.

**MODELO ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN**

Ciudad en la que se realiza el acta acuerdo ..... 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 ..... lo siguiente:

Nombre del beneficiario de la prestación .....

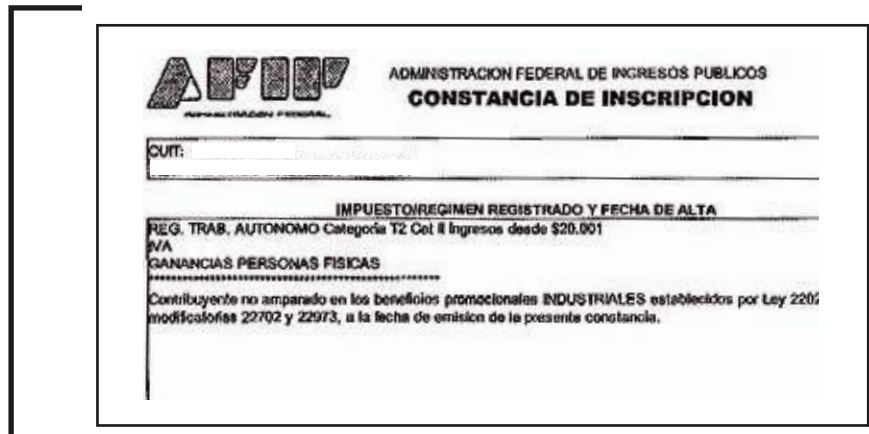
1. El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica la cual consistirá en la adaptación y seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración 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.

- **Título universitario y/o terciario del profesional** que brinde la prestación



- **Fotocopia del CUIT del profesional** que facture por la prestación



- **Adaptación curricular.** Podrá presentarse hasta 3 meses después de comenzada la prestación. En caso de que no sea presentada en dicho plazo, no se efectuarán los pagos correspondientes.

## PRESTACIONES TERAPÉUTICO-EDUCATIVAS

Las prestaciones terapéutico-educativas podrán ser: centro de día, centro educativo terapéutico (CET) y estimulación temprana **[VER APARTADO SOBRE ESTA PRESTACIÓN, PÁGINA 17]**

### DEBERÁ PRESENTAR:

- **Orden Médica (Formulario 2)** prescripta por el médico tratante

**ORDEN MÉDICA (1)**

..... / ..... / ..... (2)

**Datos del beneficiario (4)**  
 Nombre y apellido .....

Nº de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....

Edad ..... (Completar los campos)

Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

- **Formulario de Conformidad (Formulario 3)** prestación solicitada. Con todos los campos completos, sin excepción, en letra imprenta mayúscula, firmado por el padre, madre o tutor del beneficiario para el que se solicita la cobertura.

**FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN (1)**

..... / .....

**Datos del beneficiario (4)**  
 Nombre y apellido .....

Nº de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....

Edad ..... (Completar los campos)

Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a

- **Consentimiento bilateral (Formularios 4)** completado por el beneficiario o su representante y el profesional, institución o transportista.

**CONSENTIMIENTO BILATERAL (1)**

..... / .....

Consentimos que se lleve a cabo la prestación .....

brindada por (3) .....

a mi hijo (4) .....

desde el ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / ..... entendiendo y acordando en todos sus términos características de dicha práctica / transporte. (5)

- **Plan de trabajo (Formulario 5)** firmado por la institución. El mismo detalla la modalidad de prestación educativa realizada, los objetivos y las diferentes actividades a realizar en la institución.

**PLAN DE TRABAJO** (1)

..... / ..... / ..... (2)

Prestación: .....

**Datos del beneficiario** (4)

Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario (3): ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº ..... (Completar los campos)

Edad: ..... (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5): (Marcar con X lo que corresponda)

Titular

Cónyuge

Concubino/a

Hijo

Otros familiares .....

- **Presupuesto Educativo original (Formulario 7)** deberá estar firmado por la institución o por el representante legal. (Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente.)

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EDUCATIVAS** (1)

..... / ..... / .....

Sres.  
Obra Social  
Acción Social de Empresarios  
A quien corresponde:  
Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

---

De:  
Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Teléfono: ..... Teléfono Celular: .....

Número de CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....

Condición frente al IVA: ..... Póliza Nº: .....

Prestación / Especialidad: .....

Período prestacional del mes ..... al mes: .....

- **Categorización de la Institución** expedida por el Servicio Nacional de Rehabilitación correspondiente a la prestación presupuestada.

2009 - Año de Homenaje a Raúl SCALABRINI CRISTIZ

**Ministerio de Salud**  
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales  
Servicio Nacional de Rehabilitación

BUENOS AIRES.

VISTO el Expediente Nº ..... del Registro del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION, Disposición Nº 264 de fecha 24 de febrero de 2005 y,

CONSIDERANDO:  
Que mediante Disposición Nº 264 de fecha 24 de febrero de 2005, del

- **Fotocopia del CUIT de la institución** que facture por la prestación.

**AFIP** ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS  
CONSTANCIA DE INSCRIPCION

CUIT: .....

IMPUESTO/REGIMEN REGISTRADO Y FECHA DE ALTA

REG. TRAB. AUTONOMO Categoría T2 Cat II Ingresos desde:	06-2
IVA	06-2
GANANCIAS PERSONAS FISICAS	06-2

Contribuyente no amparado en los beneficios promocionales INDUSTRIALES establecidos por Ley 22021 y sus modificatorias 22702 y 22973, a la fecha de emisión de la presente constancia.



## ESTIMULACIÓN TEMPRANA [APARTADO]

Esta prestación podrá ser brindada por una institución o un equipo de profesionales. La institución deberá estar acreditada y estar a cargo de un terapeuta en Estimulación Temprana, en el marco de un equipo interdisciplinario. Se deberá aclarar la frecuencia semanal de dicha práctica y los distintos profesionales intervinientes.

De acuerdo a la resolución 1328/06, el equipo básico que brindará la prestación estará conformado por:

- Médico pediatra y/o neurólogo infantil.
- Terapeuta especializado en estimulación temprana, con título de postgrado a partir de su título habilitante (Fonoaudiólogo - Psicopedagogo - Psicólogo - Kinesiólogo - Psicomotricista - Terapeuta Ocupacional - etc.) o profesores en educación especial con especialización o tecnicatura en estimulación temprana con título oficial.
- Psicólogo

## DEBERÁ PRESENTAR:

- **Orden Médica (Formulario 2)** prescripta por el médico tratante

ORDEN MÉDICA (1)

..... / ..... / ..

**Datos del beneficiario (4)**

Nombre y apellido .....

Nº de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....

Edad ..... (Completar los campos)

Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5) : (Marcar con X lo que corresponda)

Titular

Cónyuge

Concubino/a

Hijo

Otros familiares .....

- **Formulario de Conformidad (Formulario 3)** prestación solicitada. Con todos los campos completos, sin excepción, en letra imprenta mayúscula, firmado por el padre, madre o tutor del beneficiario para el que se solicita la cobertura.

FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN (1)

..... / .....

**Datos del beneficiario (4)**

Nombre y apellido .....

Nº de Beneficiario (3) ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....

Edad ..... (Completar los campos)

Sexo F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (5) : (Marcar con X lo que corresponda)

Titular

Cónyuge

Concubino/a

Hijo

Otros familiares .....

- **Consentimiento bilateral (Formulario 4)** completado por el beneficiario o su representante y el profesional actuante, institución o transportista.

**CONSENTIMIENTO BILATERAL** <sup>(1)</sup>

..... / ..... / ..... <sup>(2)</sup>

Consentimos que se lleve a cabo la prestación .....

brindada por <sup>(3)</sup> .....

a mi hijo <sup>(4)</sup> .....

desde el ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / ..... entendiendo y acordando en todos sus términos las características de dicha práctica / transporte. <sup>(5)</sup>

- **Plan de trabajo (Formulario 5)** detallando modalidad y objetivos del tratamiento, confeccionado y firmado por el profesional que lo llevará a cabo. El mismo detalla modalidad, abordaje y objetivos del tratamiento.

**PLAN DE TRABAJO** <sup>(1)</sup>

..... / ..... / ..... <sup>(2)</sup>

Prestación: .....

**Datos del beneficiario <sup>(4)</sup>**  
 Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario <sup>(3)</sup>: ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº .....

Edad: ..... (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría <sup>(5)</sup>: (Marcar con X lo que corresponda)

Titular  
 Cónyuge  
 Concubino/a

- **Presupuesto de Rehabilitación original (Formulario 6)** deberá presentar un presupuesto confeccionado y firmado por la institución o el profesional que la llevará a cabo.  
 (Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente.)

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN** <sup>(1)</sup>

..... / ..... / .....

**OBRA SOCIAL ASE**  
 A quien corresponda:  
 Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

---

**DE:**  
 Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Tel: ..... Tel. Celular: ..... Mail: .....

Nº CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....

Condición frente al IVA: ..... Póliza Nº: .....

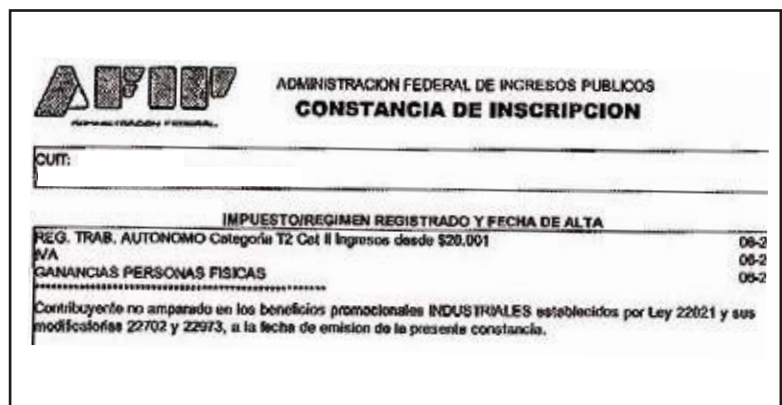
Prestación/ Especialidad: .....

Periodo Prestacional del mes de: ..... Al mes: <sup>(6)</sup> .....

- **Categorización de la Institución** expedida por el Servicio Nacional de Rehabilitación correspondiente a la prestación presupuestada. (en caso de que la prestación se lleve a cabo por una institución)



- **Fotocopia del CUIT de la institución** que facture por la prestación.



- **Título universitario y/o terciario del profesional** que brinde la prestación



■ **Título de especialización del profesional en estimulación temprana**



**IMPORTANTE PRESTACIONES DOMICILIARIAS:**

Las prestaciones en domicilio se autorizarán únicamente por excepción en caso que el diagnóstico y la situación del paciente le impidan el traslado a rehabilitación. Para la evaluación de Auditoría Médica deberá presentar:

- Justificación médica del tratamiento domiciliario.
- Seguro de mala praxis del profesional.



- **Informe social**, Documento que facilita datos e información referente a la situación del beneficiario, elaborado por el Trabajador Social. El Licenciado en Trabajo Social que formule dicho informe, no podrá pertenecer a la Institución que brinde el tratamiento. Deberá indicar: Nombre y apellido del beneficiario que recibe la prestación, N° de beneficiario y N° de DNI.
- **Informe médico** que indique la necesidad de la internación. Deberá indicar: Nombre y apellido del beneficiario que recibe la prestación, N° de beneficiario y N° de DNI
- **Informe o cédula judicial en caso que corresponda**

- **Plan de trabajo (Formulario 5)** deberá estar firmado por los directivos de la institución o por el representante legal. El mismo detalla la modalidad de prestación realizada, los objetivos y las diferentes actividades a realizar en la institución

..... / ..... / ..... (1)

Prestación: .....

**Datos del beneficiario:**  
 Nombre y apellido: .....  
 N° de Beneficiario(2): ..... (Completar los campos)  
 Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....  
 Edad: ..... (Completar los campos)  
 Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)  
 Categoría (2): (Marcar con X lo que corresponda)  
 Titular  
 Cónyuge  
 Concubino/a  
 Hijo  
 Otros familiares .....

- **Presupuesto original (Formulario 7)** deberá estar firmado por la institución.  
 (Los valores autorizados son los establecidos en el nomenclador nacional, incluidos en la resolución vigente.)

..... / ..... / .....

**Sres. Obra Social Acción Social de Empresarios**  
**A quien corresponda:**  
 Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

---

**De:**  
 Prestador: .....  
 Domicilio de atención: .....  
 Teléfono: ..... Teléfono Celular: .....  
 Número de CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....  
 Condición frente al IVA: ..... Póliza N°: .....  
 Prestación / Especialidad: .....  
 Periodo prestacional del mes ..... al mes: .....







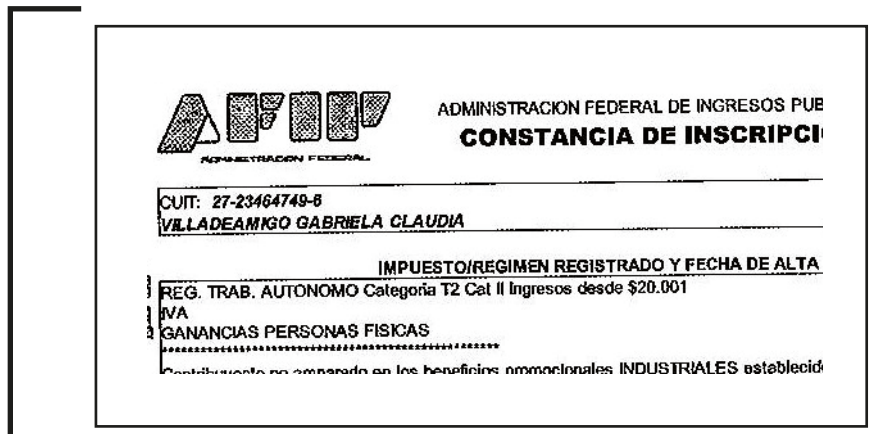
■ Licencia del conductor vigente.\*



■ Seguro del automotor vigente.\*



■ Fotocopia del CUIT de la empresa de transporte y/o transportista.



**Constancia de concurrencia** de las prestaciones que no tengan cobertura en la Obra Social (por ejemplo, escuela común), donde se especifique cronograma de concurrencia y domicilio.

**Dependencia:** Se considerará en los casos en los que el transportista deba realizar tareas de asistencia para subir o bajar del transporte. Para confirmar la dependencia deberá presentar el **Formulario FIM** (formulario en ANEXO 2).

#### FORMULARIO FIM

**Datos:**

Nombre y apellido: .....

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N°

Diagnóstico: .....

Edad:  (Completar los campos)

El presente formulario deberá ser completado solo por profesionales médicos, especialistas en r neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras puras por un médico especialista en psiqui de patologías mentales.

Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica.

\*En caso de no coincidir la licencia y el seguro con el titular de la empresa de transporte, deberá presentarse una nota del titular de la empresa de transporte, informando que la persona por la que se presenta documentación, trabaja con la empresa que presupuesta por la prestación.



**FORMULARIO MODELO**

Formulario 2

**ORDEN MÉDICA**

31 / 12 / 14

**Datos del beneficiario que recibe la prestación:**

Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario: ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº .....

Edad: ..... (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría: (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

Se indica **PSICOLOGÍA**

por la cantidad de **2 (DOS)** sesiones semanales durante el período entre (mes) **ENERO**

y (mes) **DICIEMBRE** del año 20.....

Diagnóstico: .....

.....

Firma y sello del Médico tratante

**LA FECHA DEBERÁ SER ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.**

**EL PERÍODO DEBE COINCIDIR CON EL PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO BILATERAL DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA**

**INDICAR NOMBRE DE PATOLOGÍA DEL PACIENTE**

**SE ENTIENDE COMO MÉDICO TRATANTE AL MÉDICO PEDIATRA, PSIQUIATRA O NEURÓLOGO**

**CONSULTE SU NÚMERO DE BENEFICIARIO AL 0810 3333 273. NO PODRÁ UTILIZAR EL Nº DE ASOCIADO DE LA CREDENCIAL DE SU RED PRESTADORA.**

**PARENTESCO FAMILIAR CON EL TITULAR**

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**

# FORMULARIO MODELO

Formulario 3

**FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN**

**31 / 12 / 14**

**Datos del beneficiario que recibe la prestación:**  
 Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario: ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº ..... (Completar los campos)

Edad: ..... (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría: (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

---

Sres.  
**Obra Social**  
**Acción Social de Empresarios**  
**Presente**

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Uds. con el objetivo de informar mi conformidad respecto a la prestación / prestaciones .....

.....

.....

.....  
Firma del Padre / Madre o Tutor

.....  
Aclaración

.....  
Nº de documento

.....  
Mail y teléfono de contacto

00920330

CONSULTE SU NÚMERO DE BENEFICIARIO AL 0810 3333 273. NO PODRÁ UTILIZAR EL N° DE ASOCIADO DE LA CREDENCIAL DE SU RED PRESTADORA.

PARENTESCO FAMILIAR CON EL TITULAR

LA FECHA DEBERÁ SER ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

DEBERÁ DETALLAR TODAS LAS PRESTACIONES SOLICITADAS. EJEMPLO: PSICOLOGÍA, TRANSPORTE, ESCUELA ESPECIAL, ETC

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**

**FORMULARIO MODELO**

Formulario 4

**CONSENTIMIENTO BILATERAL**

**DATOS A COMPLETAR POR EL TITULAR**

Consentimos que se lleve a cabo la prestación ..... **PSICOLOGÍA** .....

brindada por .....

a mi hijo .....

desde el ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / ..... entendiendo y acordando en todos sus términos las características de dicha práctica / transporte.

.....  
Firma del Padre / Madre o Tutor

.....  
Aclaración

.....  
Tipo y N° de Documento

---

**DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN/TRANSPORTISTA**

Por la presente certifico que he explicado las características de la práctica / transporte que brindamos a .....

.....

y que se han contestado todas las preguntas surgidas por los Padres o Tutor en torno a la misma.

.....  
Firma y sello con matrícula del Profesional o firma y sello del Representante Legal de la Institución o firma, aclaración y DNI del Titular del Transporte o firma y sello del Representante Legal de la Empresa (según corresponda).

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE BRINDA LA PRESTACIÓN

EL PERÍODO DEBE COINCIDIR CON LA ORDEN MÉDICA Y PRESUPUESTO DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

NOMBRE DEL BENEFICIARIO QUE RECIBE LA PRESTACIÓN

BENEFICIARIO QUE RECIBE LA PRESTACIÓN

D.03.2013.V

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**

# FORMULARIO MODELO

Formulario 5

PLAN DE TRABAJO

31 / 12 / 14

Prestación: .....

**Datos del beneficiario que recibe la prestación:**

Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario: ..... (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....

Edad: ..... (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría: (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

Modalidad: .....

Abordaje: .....

1/2

**CONSULTE SU NÚMERO DE BENEFICIARIO AL 0810 3333 273. NO PODRÁ UTILIZAR EL N° DE ASOCIADO DE LA CREDENCIAL DE SU RED PRESTADORA.**

**PARENTESCO FAMILIAR CON EL TITULAR**

**LA FECHA DEBERÁ SER ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.**

**COMPLETADO POR EL PROFESIONAL**

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**





**FORMULARIO MODELO**

Formulario 6

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN**

**31 / 12 / 14**

**Sres.**  
**Obra Social**  
**Acción Social de Empresarios**  
**A quien corresponda:**  
 Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

---

**De:**  
 Prestador: .....  
 Domicilio de atención: .....  
 Teléfono: ..... Teléfono Celular: ..... Mail: .....  
 Número de CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....  
 Condición frente al IVA: ..... Póliza N°: .....  
 Prestación / Especialidad: .....  
 Período prestacional: de ..... (mes) a ..... (mes) de 20.....  
 Cantidad de sesiones mensuales: .....  
 Valor de la prestación (\*) : \$ ..... Monto Mensual: \$ .....

---

**Para:**  
 Nombre y apellido: .....  
 N° de Beneficiario: [.....] (Completar los campos)  
 Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° [.....]  
 Edad: [.....] (Completar los campos)  
 Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)  
 Categoría: (Marcar con X lo que corresponda)  
 Titular  
 Cónyuge  
 Concubino/a  
 Hijo  
 Otros familiares .....

---

**Las sesiones detalladas a continuación deberán tener una duración de 60 minutos**

Día	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> 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.

(Indicar el / los días y horario / horarios de asistencia a la prestación)

.....  
 Firma y sello del Profesional

0002015M

(\*) Los valores reconocidos serán los estipulados por el nomenclador nacional vigente.

**LA FECHA DEBERÁ SER ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.**

**CONSULTE SU NÚMERO DE BENEFICIARIO AL 0810 3333 273. NO PODRÁ UTILIZAR EL N° DE ASOCIADO DE LA CREDENCIAL DE SU RED PRESTADORA.**

**PARENTESCO FAMILIAR CON EL TITULAR**

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**

# FORMULARIO MODELO

Formulario 7

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EDUCATIVAS

31 / 12 / 14

**Sres. Obra Social  
Acción Social de Empresarios**  
**A quien corresponde:**  
Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

---

**De:**  
 Prestador: .....  
 Domicilio de atención: .....  
 Teléfono: ..... Teléfono Celular: ..... Mail: .....  
 Número de CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....  
 Condición frente al IVA: ..... Póliza N°: .....  
 Prestación / Especialidad: .....  
 Período prestacional: de ..... (mes) a ..... (mes)  
 Tipo de jornada: (Completar en caso de escolaridad) .....  
 Monto Mensual: \$ .....

---

**Para:**  
 Nombre y apellido: .....  
 N° de Beneficiario: ..... (Completar los campos)  
 Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....  
 Edad: ..... (Completar los campos)  
 Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)  
 Categoría: (Marcar con X lo que corresponda)  
 Titular  
 Cónyuge  
 Concubino/a  
 Hijo  
 Otros familiares .....

---

	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> 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.

(Indicar el / los días y horario / horarios de asistencia a la prestación)

.....  
 Firma Institución/ Profesional

0092013XV

**CONSULTE SU NÚMERO DE BENEFICIARIO AL 0810 3333 273. NO PODRÁ UTILIZAR EL N° DE ASOCIADO DE LA CREDENCIAL DE SU RED PRESTADORA.**

**PARENTESCO FAMILIAR CON EL TITULAR**

**LA FECHA DEBERÁ SER ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.**

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**

# FORMULARIO MODELO

Formulario 8

MODELO ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN

En la ciudad de BUENOS AIRES a los 3 días del mes de ENERO de 2014 se establece en común acuerdo entre las instituciones GRUPO CAMINOS Y ESCUELA DEL SOL y los padres del alumno/a PEDRO GÓMEZ lo siguiente:

1. El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro 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.

<p style="text-align: center;"><i>Juana Pérez</i> ----- Juana Pérez Dni 11.000.000</p> <p style="text-align: center;"><i>Liliana Giménez</i> ----- Liliana Giménez Directora</p> <p style="text-align: center;"><i>Patricia Benítez</i> ----- Patricia Benítez Psicopedagoga</p>	Firmas de los padres	<p style="text-align: center;"><i>Ricardo Gómez</i> ----- Ricardo Gómez Dni 12.000.000</p> <p style="text-align: center;"><i>Lidia Sánchez</i> ----- Lidia Sánchez Vicedirectora</p> <p style="text-align: center;"><i>Ana María Rodríguez</i> ----- Ana María Rodríguez Maestra</p>	FIRMA Y ACLARACIÓN DE LOS DIRECTIVOS
<p style="text-align: center;"><i>Firma del equipo de integración</i> ----- Firma del equipo de integración</p>	Firmas del equipo de integración		

FIRMA Y ACLARACIÓN DE LOS PADRES

FIRMA DEL EQUIPO DE INTEGRACIÓN

0092013V

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**

## FORMULARIO MODELO

Formulario 9

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

**Listado de profesionales intervinientes:**

A continuación detallamos los profesionales que participan en el tratamiento de estimulación temprana.

**1. Médico pediatra o neurólogo infantil**  
 Nombre y apellido: .....  
 Matrícula: .....  
 Especialización: .....

**2. Profesional especializado en estimulación temprana**  
 Nombre y apellido: .....  
 Título de grado: .....  
 Especialización en estimulación temprana: .....

**3. Psicólogo**  
 Nombre y apellido: .....  
 Matrícula: .....

**4. Si participa algún otro profesional, aclararlo**  
 Nombre y apellido: .....  
 Función: .....  
 Profesión: .....

Asimismo indicamos que la facturación estará a cargo de ..... ;  
 CUIT N° .....

Adjuntamos a esta nota nuestros títulos universitarios e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, y en el caso del profesional que brinda estimulación temprana, su título de especialización.

**Firma y sello de los profesionales intervinientes:**

1. .... 2. ....

3. .... 4. ....

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**

# FORMULARIO MODELO

CONSULTE SU NÚMERO DE BENEFICIARIO AL 0810 3333 273. NO PODRÁ UTILIZAR EL N° DE ASOCIADO DE LA CREDENCIAL DE SU RED PRESTADORA.

PARENTESCO FAMILIAR CON EL TITULAR

Formulario 10

JUSTIFICACIÓN MÉDICA POR TRANSPORTE

31 / 12 / 14

**Datos del beneficiario que recibe la prestación:**  
 Nombre y apellido: .....  
 N° de Beneficiario(2): ..... (Completar los campos)  
 Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....  
 Edad: ..... (Completar los campos)  
 Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)  
 Categoría (2): (Marcar con X lo que corresponda)  
 Titular  
 Cónyuge  
 Concubino/a  
 Hijo  
 Otros familiares .....

Se indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a .....

.....

.....

por lo que requiere traslado no público a .....

.....

.....

durante el período entre (mes) ..... y (mes) ..... del año 20.....

Diagnóstico: .....

.....

.....

.....  
Firma y sello del Médico tratante

0092013-V

LA FECHA DEBERÁ SER ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

DETALLAR EL MOTIVO POR EL CUAL NECESITA TRANSPORTE PRIVADO

INDICAR NOMBRE DE LA PATOLOGÍA

SE ENTIENDE COMO MÉDICO TRATANTE AL MÉDICO PEDIATRA, PSIQUIATRA O NEURÓLOGO

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**

# FORMULARIO MODELO

Formulario 11

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

31 / 12 / 14

**Sres.**  
**Obra Social**  
**Acción Social de Empresarios**  
**A quien corresponda:**  
 Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

---

**De:**  
 Empresa: .....  
 Domicilio: .....  
 Teléfono: ..... e-mail: .....  
 Número de CUIT: .....  
 Compañía de Seguro: ..... Póliza N°: .....

---

**Para:**  
 Nombre y apellido de beneficiario que recibe la prestación: .....  
 N° de Beneficiario:           (Completar los campos)  
 Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N°   
 Edad:  (Completar los campos)  
 Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)  
 Categoría: (Marcar con X lo que corresponda)  
 Titular  
 Cónyuge  
 Concubino/a  
 Hijo  
 Otros familiares .....

---

**Viajes:**  
 1. Lugar de Salida: (Marcar con X lo que corresponda)  
 Domicilio Particular: .....  
 Colegio / Institución: (Detallar nombre) .....  
 Tratamiento: (Especificar cuál) .....  
 Otros: (Indicar cuál) .....  
 Dirección de salida: .....

Lugar de Llegada: (Marcar con X lo que corresponda)  
 Domicilio Particular: .....  
 Colegio / Institución: (Detallar nombre) .....  
 Tratamiento: (Especificar cuál) .....  
 Otros: (Indicar cuál) .....  
 Dirección de llegada: .....

Ida y Vuelta:  (Marcar con X si corresponde)  
 Km por día: ..... Km por mes: .....  
 Frecuencia: (Marcar con X lo que corresponda)  
 Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

Total Km diarios: ..... Total Km por mes: .....  
 Dependencia: ..... Total del recorrido o tramo: .....  
 Período: .....

(\*) Los valores reconocidos serán los estipulados por el nomenclador nacional vigente. 1/3

**CONSULTE SU NÚMERO DE BENEFICIARIO AL 0810 3333 273. NO PODRÁ UTILIZAR EL N° DE ASOCIADO DE LA CREDENCIAL DE SU RED PRESTADORA.**

**PARENTESCO FAMILIAR CON EL TITULAR**

**LA FECHA DEBERÁ SER ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.**

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**

# FORMULARIO MODELO

Formulario 11

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

**2. Lugar de Salida:** (Marcar con X lo que corresponda)

Domicilio Particular: .....

Colegio / Institución: (Detallar nombre) .....

Tratamiento: (Especificar cuál) .....

Otros: (Indicar cuál) .....

Dirección de salida: .....

**Lugar de Llegada:** (Marcar con X lo que corresponda)

Domicilio Particular: .....

Colegio / Institución: (Detallar nombre) .....

Tratamiento: (Especificar cuál) .....

Otros: (Indicar cuál) .....

Dirección de llegada: .....

Ida y Vuelta:  (Marcar con X si corresponde)

Km por día: ..... Km por mes: .....

Frecuencia: (Marcar con X lo que corresponda)

Lunes     Martes     Miércoles     Jueves     Viernes     Sábado

Total Km diarios: ..... Total Km por mes: .....

Dependencia: ..... Total del presupuesto (\*): .....

Período: .....

**3. Lugar de Salida:** (Marcar con X lo que corresponda)

Domicilio Particular: .....

Colegio / Institución: (Detallar nombre) .....

Tratamiento: (Especificar cuál) .....

Otros: (Indicar cuál) .....

Dirección de salida: .....

**Lugar de Llegada:** (Marcar con X lo que corresponda)

Domicilio Particular: .....

Colegio / Institución: (Detallar nombre) .....

Tratamiento: (Especificar cuál) .....

Otros: (Indicar cuál) .....

Dirección de llegada: .....

Ida y Vuelta:  (Marcar con X si corresponde)

Km por día: ..... Km por mes: .....

Frecuencia: (Marcar con X lo que corresponda)

Lunes     Martes     Miércoles     Jueves     Viernes     Sábado

Total Km diarios: ..... Total Km por mes: .....

Dependencia: ..... Total del presupuesto: .....

Período: .....

---

009203301

(\*) Los valores reconocidos serán los estipulados por el nomenclador nacional vigente.

2/3

**Recuerde: Los formularios deberán ser completados en una misma tinta, caligrafía y sin tachaduras ni enmiendas.**







# RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

..... / ..... / .....(1)

**Datos del beneficiario:**

Nombre y apellido:.....

Nº de Beneficiario(2): □□□□□□□□ (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° □□□□□□□□□□

Edad: □□ (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (2): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

Diagnóstico de la patología discapacitante:.....

.....

Indicar resumen del paciente:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Firma y sello del Médico tratante

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

**ORDEN MÉDICA**

..... / ..... / ..... (1)

**Datos del beneficiario:**

Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario(2): □□□□□□□□ (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº □□□□□□□□□□

Edad: □□ (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (2): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

Se indica (especificar tratamiento).....

por la cantidad de .....

sesiones semanales durante el período entre (mes) ..... y (mes) ..... del año 20.....

Diagnóstico: .....

.....

.....

.....  
Firma y sello del Médico tratante

# FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN

..... / ..... / .....(1)

**Datos del beneficiario:**

Nombre y apellido: .....

Nº de Beneficiario(2): □□□□□□ (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  Nº □□□□□□□□□□

Edad: □□ (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (2): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

---

**A quien corresponda**

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Uds. con el objetivo de informar mi conformidad respecto a la prestación /

prestaciones .....

.....

.....

.....

.....

Firma del Padre / Madre o Tutor

.....

Aclaración

.....

Nº de documento

.....

Mail

.....

Nº de Contacto

D.09.2013.V1

---

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

**CONSENTIMIENTO BILATERAL**

..... / ..... / .....(1)

**DATOS A COMPLETAR POR EL TITULAR**

Consentimos que se lleve a cabo la prestación .....

.....

brindada por .....

a mi hijo .....

desde el ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / ..... entendiendo y acordando en todos sus términos las características de dicha práctica / transporte.

.....  
Firma del Padre / Madre o Tutor.....  
Aclaración.....  
Tipo y N° de Documento**DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN/TRANSPORTISTA**

Por la presente certifico que he explicado las características de la práctica / transporte que brindamos a .....

.....

y que se han contestado todas las preguntas surgidas por los Padres o Tutor en torno a la misma.

.....  
Firma y sello con matrícula del Profesional o firma y sello del Representante Legal de la Institución o firma, aclaración y DNI del Titular del Transporte o firma y sello del Representante Legal de la Empresa (según corresponda).









# PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EDUCATIVAS

..... / ..... / ..... (1)

**A quien corresponda:**

Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

**De:**

Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Teléfono: ..... Teléfono Celular: .....

Número de CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....

Condición frente al IVA: ..... Póliza N°: .....

Prestación / Especialidad: .....

Período prestacional: .....

Tipo de jornada: (Completar en caso de escolaridad) .....

Monto Mensual: \$ .....

**Para:**

Nombre y apellido: .....

N° de Beneficiario(2): □□□□□□ (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° □□□□□□□□□□

Edad: □□ (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (2): (Marcar con X lo que corresponda)

- Titular
- Cónyuge
- Concubino/a
- Hijo
- Otros familiares .....

**Cronograma de Asistencia:**

Nombre y apellido: .....

	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado
Día	de ..... hs.	de ..... hs.	de ..... hs.	de ..... hs.	de ..... hs.	de ..... hs.
Horario	a ..... hs.	a ..... hs.	a ..... hs.	a ..... hs.	a ..... hs.	a ..... hs.

(Indicar el / los días y horario / horarios de asistencia a la prestación)

.....  
Firma y sello del Responsable

## MODELO ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN

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 ..... lo siguiente:

1. El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro 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.



Juana Pérez  
Dni 11.000.000

**Firmas de los padres**



Ricardo Gómez  
Dni 12.000.000



Liliana Giménez  
Directora

**Firmas de los directivos de la escuela**



Lidia Sánchez  
Vicedirectora



Coordinación

Patricia Benítez  
Psicopedagoga

**Firmas del equipo de integración**



Docente integradora

Ana María Rodríguez  
Maestra

## ESTIMULACIÓN TEMPRANA

### Listado de profesionales intervinientes:

A continuación detallamos los profesionales que participan en el tratamiento de estimulación temprana.

#### 1. Médico pediatra o neurólogo infantil

Nombre y apellido: .....

Matrícula: .....

Especialización: .....

#### 2. Profesional especializado en estimulación temprana

Nombre y apellido: .....

Título de grado: .....

Especialización en estimulación temprana:.....

#### 3. Psicólogo

Nombre y apellido: .....

Matrícula: .....

#### 4. Si participa algún otro profesional, aclararlo

Nombre y apellido: .....

Función: .....

Profesión: .....

Asimismo indicamos que la facturación estará a cargo de .....,  
CUIT N° .....

Adjuntamos a esta nota nuestros títulos universitarios e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, y en el caso del profesional que brinda estimulación temprana, su título de especialización.

### Firma y sello de los profesionales intervinientes:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....





## PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

### 2. Lugar de Salida: (Marcar con X lo que corresponda)

- Domicilio Particular: .....
- Colegio / Institución: (Detallar nombre) .....
- Tratamiento: (Especificar cuál) .....
- Otros: (Indicar cuál) .....

Dirección de salida: .....

### Lugar de Llegada: (Marcar con X lo que corresponda)

- Domicilio Particular: .....
- Colegio / Institución: (Detallar nombre) .....
- Tratamiento: (Especificar cuál) .....
- Otros: (Indicar cuál) .....

Dirección de llegada: .....

Ida y Vuelta:  (Marcar con X si corresponde)

Km por día: ..... Km por mes: .....

Frecuencia: (Marcar con X lo que corresponda)

Lunes       Martes       Miércoles       Jueves       Viernes       Sábado

Total Km diarios: ..... Total Km por mes: .....

Dependencia: ..... Total del presupuesto (\*): .....

Período: .....

### 3. Lugar de Salida: (Marcar con X lo que corresponda)

- Domicilio Particular: .....
- Colegio / Institución: (Detallar nombre) .....
- Tratamiento: (Especificar cuál) .....
- Otros: (Indicar cuál) .....

Dirección de salida: .....

### Lugar de Llegada: (Marcar con X lo que corresponda)

- Domicilio Particular: .....
- Colegio / Institución: (Detallar nombre) .....
- Tratamiento: (Especificar cuál) .....
- Otros: (Indicar cuál) .....

Dirección de llegada: .....

Ida y Vuelta:  (Marcar con X si corresponde)

Km por día: ..... Km por mes: .....

Frecuencia: (Marcar con X lo que corresponda)

Lunes       Martes       Miércoles       Jueves       Viernes       Sábado

Total Km diarios: ..... Total Km por mes: .....

Dependencia: ..... Total del presupuesto: .....

Período: .....

**PRESUPUESTO DE TRANSPORTE****Valores totales:**

Km totales mensuales:.....

Dependencia:.....

Monto total mensual (\*):.....

Período:.....

.....  
Firma del Responsable.....  
Aclaración





**NOTA: BENEFICIARIO NO ESCOLARIZADO**

..... / ..... / ..... (1)

**Datos del beneficiario:**

Nombre y apellido:.....

Nº de Beneficiario(2): □□□□□□ (Completar los campos)

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° □□□□□□□□□□

Edad: □□ (Completar los campos)

Sexo: F  M  (Marcar con X lo que corresponda)

Categoría (2): (Marcar con X lo que corresponda)

 Titular Cónyuge Concubino/a Hijo Otros familiares .....**A quien corresponda:**

Por medio de la presente informamos que (Nombre del beneficiario que recibe las prestaciones) .....

no concurre a Institución Educativa alguna debido a (motivo) .....

Dicha situación abarcará el período entre (mes) ..... y (mes) ..... del año 20.....

.....  
Firma del Padre / Madre o Tutor.....  
Aclaración.....  
Nº de documento.....  
Parentesco con el Beneficiario



## FORMULARIO FIM

### 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.

.....

.....

.....

.....

# FORMULARIO FIM

**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.

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

## FORMULARIO FIM

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.

.....

.....

.....

.....



## FORMULARIO FIM

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

Firma y sello de Profesionales intervinientes

Auditoría ASE: