

**FORMULARIO DE DATOS PERSONALES DEL AFILIADO CON DISCAPACIDAD**

**ACLARACIONES PRELIMINARES:**

1) La totalidad de documentación presentada tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**. Cualquier omisión y/o falsedad en la información consignada, como así también la falta de comunicación fehaciente y en término para el caso de producirse modificaciones en los datos indicados, será pasible de las sanciones y denuncias pertinentes de acuerdo con el régimen jurídico vigente y disposiciones reglamentarias de OSPAC.

2) Debe ser completado en su totalidad, con letra clara, en tinta azul o negra. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.

**DATOS PERSONALES**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**Nro. de afiliado:** \_\_\_\_\_ **Plan:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_ **Género:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Localidad:** \_\_\_\_\_

**Profesión/ ocupación:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Afiliación a otra obra social:** \_\_\_\_\_

**Nro. de afiliado:** \_\_\_\_\_ **Copia de credencial de afiliación** \_\_\_\_

**GRUPO FAMILIAR (destacar aquellos que son convivientes)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_ **Conviviente:** \_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_ **Conviviente:** \_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_ **Conviviente:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_ **Conviviente:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

### **DATOS DEL CURADOR O APOYO**

En los casos previstos por los arts. 32, 43, concordantes y respectivos del Código Civil y Comercial de la Nación, se deberá **acompañar** copia certificada de la Resolución Judicial y de la inscripción en el Registro Civil.

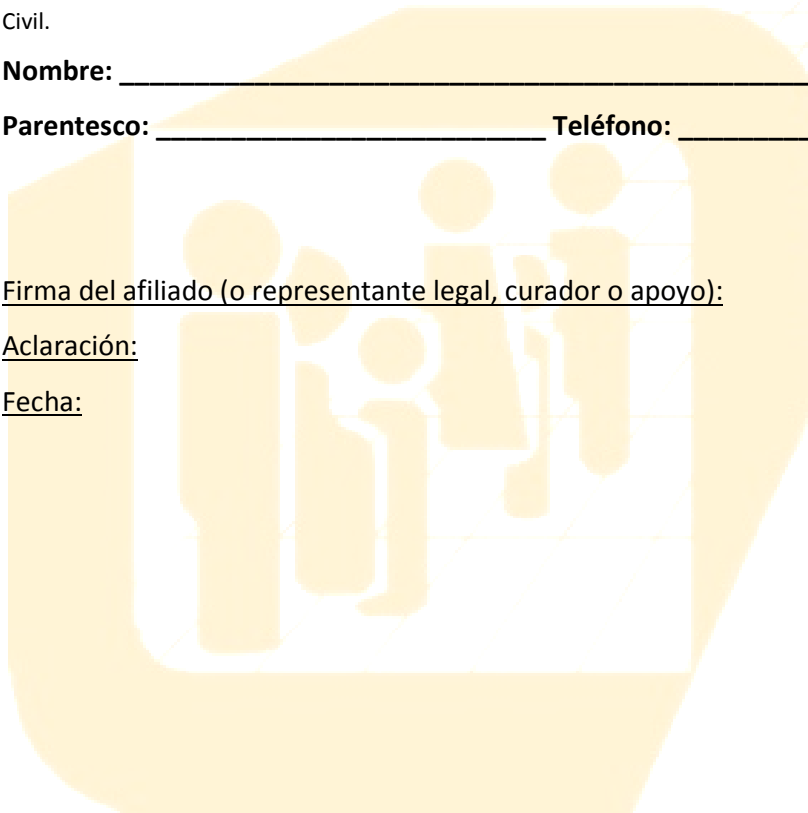
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Firma del afiliado (o representante legal, curador o apoyo):

Aclaración:

Fecha:



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -  
FORMULARIOS PARA MÉDICOS TRATANTES

**FORMULARIO DE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

**ACLARACIONES PRELIMINARES:**

- 1) Debe ser completado en su totalidad, sin excepción, por el **Médico tratante Especialista en la Discapacidad involucrada**, quien a la vez es el médico responsable del seguimiento del paciente, de la coordinación y/o supervisión de los profesionales a cargo de la rehabilitación.
- 2) Se solicita **letra clara, en tinta azul o negra**. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.
- 3) En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o prescripciones que sean extendidos por un médico familiar directo del afiliado.
- 4) En caso de indicarse medicamentos, prótesis, ortesis, o elementos ortopédicos, deberán completarse los formularios pertinentes que posee OSPAC en los sectores respectivos.
- 5) **Todas las prestaciones de rehabilitación/terapias** que se soliciten como consecuencia de la discapacidad, sin excepción, **deben ser prescritas y justificadas por el Médico tratante Especialista en la Discapacidad involucrada**. No se admitirán solicitudes de prestaciones por otros profesionales.
- 6) El presente formulario deberá contar con el correspondiente estampillado de Ley.

**DATOS DEL AFILIADO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
Nro. de afiliado: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -  
FORMULARIOS PARA MÉDICOS TRATANTES

**FORMULARIO DE VALORACIÓN POR ESCALA FIM**

**IMPORTANTE:**

- 1) Deberá ser completado por Médicos especialistas en rehabilitación y/o neurólogos en caso de patologías motoras puras, y Médicos especialistas en psiquiatría en caso de patologías mentales.
- 2) Los datos por completar en este Formulario serán cotejados con el Formulario de Historia Clínica evolucionada y actualizada, los cuales -en conjunto- serán sometidos a evaluación por parte de Auditoría Médica, que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría de Terreno a efectos de corroborar los datos plasmados en los Formularios con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a pacientes motores como mentales, así como a aquellas patologías mixtas.
- 3) La información plasmada reviste el carácter de **Declaración Jurada** y deberá ser acompañada por firma, sello, matrícula y especialidad del Médico interviniente.

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

Nombre y Apellido del afiliado \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Nro. de afiliado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)		
ACTIVIDAD		Puntaje
AUTO CUIDADO		
1	Comida (implica el uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo (implica lavarse la cara y las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, lavarse los dientes)	
3	Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestirse parte superior (implica vestirse de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura para abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse, así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	

8	Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas, etc.)	
<b>MOVILIDAD – TRANSFERENCIA</b>		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama, y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilette (implica sentarse y salida del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salida de la bañera o ducha)	
<b>LOCOMOCIÓN</b>		
12	Marcha/silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
<b>COMUNICACIÓN</b>		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej. escritura, gestos, signos, etc.)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
<b>CONEXIÓN</b>		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>		

**Puntaje:** Todos los ítems deben ser calificados, sin excepción. OSPAC auditará y corroborará cada ítem calificado. Si el logro de la actividad implica riesgos para sí o para terceros o bien necesita dos (2) ayudantes, se califica con 1.

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD
Sin ayuda. Independencia	7 (independencia completa) 6 (independencia modificada)
Dependencia modificada	5 (solo requiere supervisión, no toca al sujeto) 4 (solo requiere mínima asistencia, el sujeto aporta el 75% o más) 3 (requiere asistencia moderada, el sujeto aporta el 50% o más)
Dependencia completa	2 (requiere asistencia máxima, el sujeto aporta el 25% o más) 1 (requiere asistencia total, el sujeto aporta menos del 25%)

**FECHA, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE EVALUÓ AL AFILIADO** \_\_\_\_\_

### PLAN TERAPÉUTICO INDICADO

EXTENSIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO _____ meses		
PRESTACIÓN	CANTIDAD Y FRECUENCIA (SEMANAL o MENSUAL)	EXTENSIÓN TOTAL
Fonoaudiología		
Psicología		
Kinesiología		
Estimulación Temprana		
Psicopedagogía		
Terapia Ocupacional		
Hidroterapia		
Centro de Día		
Centro Educativo Terapéutico		
Otras prestaciones (detallar y justificar médicamente la indicación)		

**FRECUENCIA DE CONSULTAS CON MÉDICO TRATANTE:** \_\_\_\_\_

**INTEGRACIÓN ESCOLAR:**

Deberá solicitarse como “Maestra/a de Apoyo” cuando interviene sólo Maestra Integradora. En cambio, si interviene un Equipo o Institución Categorizado debe solicitarse como “Apoyo a la Integración Escolar”

Nombre de la institución educativa común: \_\_\_\_\_

Domicilio de la institución: \_\_\_\_\_

Tipo de Integración (Maestra/o de Apoyo o Equipo): \_\_\_\_\_

Si asiste a Colegio Especial, aclarar a cuál y qué tipo de jornada: \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE ESPECIAL:**

Detallar el lugar de origen: \_\_\_\_\_

---

---

---

Detallar el lugar de destino: \_\_\_\_\_

---

---

---

Justificación Médica del Transporte especial (expresamente debe describir los motivos que impiden la utilización del transporte público con acompañante):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dependencia: SI / NO (Tachar lo que no corresponda)

Justificación clínica de la dependencia, especificando además el puntaje en escala FIM:

---

---

---

---

---

Firma y sello del médico:

Fecha:



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -  
FORMULARIOS PARA MÉDICOS TRATANTES

**FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRIMESTRAL**

**IMPORTANTE PARA AUTORIZACIÓN:** Trimestralmente, y a efectos de la autorización, deberá presentarse una prescripción médica por tipo de terapia o tipo de prestación de rehabilitación.

El presente formulario reemplaza al pedido médico o prescripción mensual.

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

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

Nro. de afiliado: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Prestación:**

- 1) Aclarar el tipo de terapia o prestación de rehabilitación, la cantidad y frecuencia semanal o mensual de las mismas.
- 2) Aclarar la modalidad de concurrencia a las terapias.
- 3) En caso de Colegio Especial, aclarar el tipo de jornada.
- 4) En caso de Integración Escolar, aclarar si es Maestra/o de Apoyo o Equipo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PERÍODO**

DESDE MES: \_\_\_\_\_ AÑO 2019

HASTA MES: \_\_\_\_\_ AÑO 2019

Firma y sello del médico: