

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -

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:

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 prescriptas 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 2021 -
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.) | |
| MOVILIDAD – TRANSFERENCIA | | |
| 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) | |
| LOCOMOCIÓN | | |
| 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) | |
| COMUNICACIÓN | | |
| 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) | |
| CONEXIÓN | | |
| 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) | |
| PUNTAJE FIM TOTAL | | |

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%) |

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 U OTROS MÉDICOS
RELACIONADOS A LA DISCAPACIDAD:** _____

INTEGRACIÓN ESCOLAR:

Deberá solicitarse como “*Maestro/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)

Firma y sello del médico:

Fecha: