

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2025 -
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 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:

Afiliado N°: Plan:

Fecha de nacimiento: / / Edad: Género:

Peso: Altura:

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido:

Matrícula: Especialidad:

Domicilio: Localidad:

Teléfonos: Email:



HISTORIA CLÍNICA

Diagnóstico:

ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS

INFORME DE EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO

Explicitar los estudios realizados y sus informes. Describir la evolución.

**PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2025 -
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.

TABLA DE VALORES DE ESCALA FIM

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%)



MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)		
ACTIVIDAD		Puntaje
AUTO CUIDADO		
1	Comida (implica el uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	<input type="text"/>
2	Aseo (implica lavarse la cara y las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, lavarse los dientes).	<input type="text"/>
3	Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	<input type="text"/>
4	Vestirse parte superior (implica vestirse de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	<input type="text"/>
5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura para abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse, así como colocar ortesis o prótesis)	<input type="text"/>
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	<input type="text"/>
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)	<input type="text"/>
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.)	<input type="text"/>
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)	<input type="text"/>
10	Transferencia a toilette (implica sentarse y salida del inodoro)	<input type="text"/>
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salida de la bañera o ducha)	<input type="text"/>
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)	<input type="text"/>
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	<input type="text"/>
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej. escritura, gestos, signos, etc.)	<input type="text"/>
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	<input type="text"/>
CONEXIÓN		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	<input type="text"/>
PUNTAJE FIM TOTAL:		<input type="text"/>



PLAN TERAPÉUTICO INDICADO

EXTENSIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO MESES.

PRESTACIÓN	CANTIDAD Y FRECUENCIA (SEMANAL o MENSUAL)	EXTENSIÓN TOTAL
Fonoaudiología	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psicología	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinesiología	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estimulación Temprana	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psicopedagogía	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Terapia Ocupacional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidroterapia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Centro de Día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Centro Educativo Terapéutico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de Apoyo a la Integración Escolar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maestro de Apoyo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transporte	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras prestaciones (detallar y justificar médicamente la indicación)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dependencia: Sí No (Pintar el círculo con lo que corresponda)

Firma y sello del médico:

Fecha: / /