

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº ....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. **Prestación:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

2. **Prestación:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

3. **Prestación:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

4. **Prestación:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: .....

Aclaración: .....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

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

Firma:.....

Aclaración: .....

Documento: .....

**CONFORMIDAD TRANSPORTE**

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo..... con Documento Tipo (.....) N° ....., doy mi conformidad respecto al diagrama de traslados e informo que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

:

1. **Prestación a:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

2. **Prestación a:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

3. **Prestación a:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

4. **Prestación a:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: .....

Aclaración: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:**

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de..... e informo que no se accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

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

Firma:.....

Aclaración: .....

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

OBRA SOCIALSERVICIOS SOCIALES BANCARIOS

FECHA: ..... / ..... / .....

<b>NOMBRE</b>		<b>APELLIDO</b>		<b>Nº BENEFICIARIO</b>	
<b>TIPO DE DOC</b>		<b>Nº DOCUMENTO</b>		<b>EDAD</b>	
				<b>SEXO</b>	

Diagnóstico de la patología incapacitante: .....

Indicar resumen del paciente: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE

ORDEN MÉDICA

OBRA SOCIALSERVICIOS SOCIALES BANCARIOS

FECHA: ..... /..... /.....

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD	PLAN	

DIAGNOSTICO: .....

1. Se indica: .....  
por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo  
..... a ..... del año .....

2. Se indica: .....  
por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo  
..... a ..... del año .....

3. Se indica: .....  
por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo  
..... a ..... del año .....

4. Se indica: .....  
por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo  
..... a ..... del año .....

5. Se indica : .....  
por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo  
..... a ..... del año .....

¿Requiere dependencia? SI / NO

.....

FIRMA Y SELLO DE MEDICOTRATANTE

ORDEN MÉDICA TRANSPORTE

OBRA SOCIAL: .....

FECHA: ..... / ..... / .....

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD	PLAN	

DIAGNOSTICO: .....

1. Se indica: .....

Desde .....

Hasta .....

durante el periodo..... a .....del año .....

2. Se indica: .....

Desde .....

Hasta .....

Durante el periodo..... a .....del año .....

3. Se indica: .....

Desde .....

Hasta .....

Durante el periodo..... a .....del año .....

4. Se indica: .....

Desde .....

Hasta .....

Durante el periodo..... a .....del año .....

¿Requiere dependencia? SI / NO

.....

FIRMA Y SELLO DE MEDICOTRATANTE

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

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Obra Social Servicios Sociales Bancarios:

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

DNI Beneficiario \_\_\_\_\_ CUIL Titular \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Prestación:** \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_ Localidad y CP: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_ Vencimiento Registro Prestador \_\_\_\_\_

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

Dependencia (Sujeto a Evaluación) SI NO

Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del Prestador \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Observaciones: \_\_\_\_\_

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

**NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS**

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable de Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**CONSENTIMIENTO**

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

Beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_

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

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Obra Social Servicios Sociales Bancarios: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI Beneficiario \_\_\_\_\_ CUIL Titular: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Prestación/Especialidades:** \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ 20\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_ Localidad y CP: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones Semanales: \_\_\_\_\_ Mensuales: \_\_\_\_\_

Monto por sesión: \$ \_\_\_\_\_ Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del Prestador: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_ Vencimiento Registro Prestador \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

**NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS**

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**CONSENTIMIENTO**

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

Beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_

# MODELO DE ACTA ACUERDO DE INTEGRACION

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

- 1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestra/o de apoyo, significando su asistencia pedagógica la cual consistirá en la adaptación y seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.
- 2- El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el currículo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.
- 3- La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.
- 4- Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informarán en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.
- 5- Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.
- 6- Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.
- 7- Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de las inasistencias del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones.

Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

.....  
**Firmas de los padres**

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

.....  
**Firmas del equipo de integración**



PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Obra Social Servicios Sociales Bancarios:

Nombre y Apellido del Beneficiario \_\_\_\_\_

DNI Beneficiario \_\_\_\_\_ CUIL Titular: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE** Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ 20\_\_

Domicilio Origen \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Domicilio Destino \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

**Prestación a la que asiste** \_\_\_\_\_

Cantidad de:

Viajes semanales: \_\_\_\_\_ Viajes mensuales: \_\_\_\_\_

Kilómetros por viaje: \_\_\_\_\_ Kilómetros diarios (IDA Y VUELTA) \_\_\_\_\_ Kilómetros Mensuales \_\_\_\_\_

Valor kilómetro \$ \_\_\_\_\_

Total valor mensual: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del Prestador: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<b>Horario</b>	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable del Transporte

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**CONSENTIMIENTO**

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

Beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_

# **TABLA DE MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM):**

Paciente.....DNI..... Diagnóstico.....  
 Institución.....Modalidad..... Fecha.....

7	Completa en tiempo y con seguridad	<b>SIN AYUDA</b>
6	Modificada con adaptaciones(necesita mas tiempo extra y/o usa accesorios)	
	<b>DEPENDENCIA PARCIAL</b>	
5	Con supervisión, con ayuda y/o estímulo verbal	<b>CON AYUDA</b>
4	Con asistencia mínima (realiza 75% o + de la tarea )	
3	Con asistencia moderada (realizada entre 50 y 74% de la Tarea)	
	<b>DEPENDENCIA COMPLETA</b>	
2	Con asistencia máxima (realiza del 25 al 49% de la tarea)	
1	Con asistencia total ( realiza menos del 25% de la tarea )	
	<b>CUIDADO PERSONAL</b>	<b>PUNTAJE</b>
1	Comida (uso de utensilio, masticar, deglutir)	
2	Aseo (lavarse caras, manos, peinarse, afeitarse, dientes)	
3	Bañarse (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o en cama )	
4	Vestirse parte superior (de cintura para arriba o colocarse ortesis y/o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (cintura para abajo, zapatos, abrocharse,colocarse prótesis )	
6	Uso del baño (higiene perineal, ajuste de ropa antes y después del uso)	
	<b>CONTROL ESFINTEREANO</b>	
7	Vejiga	
8	Intestino	
	<b>MOVILIDAD ( tipo de desplazamiento )</b>	
9	A Cama, silla, silla de ruedas	
10	A toilette ( sentarse y salir del inodoro )	
11	Bañera o ducha	
	<b>LOCOMOCION</b>	
12	Marcha / Silla de ruedas	
13	Escaleras	
	<b>COMUNICACION</b>	
14	Comprensión audio / visual	
15	Expresión verbal / no verbal	
	<b>ADPATACION PSICO-SOCIAL</b>	
16	Interacción social	
	<b>FUNCIONES COGNITIVAS</b>	
17	Resolución de problemas cotidianas	
18	Memoria para actividades simples y/o rostros familiares	
	<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>	

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales. Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría de **O.S.S.B.**, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por **sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.**

.....  
 Firma

.....  
 Firma y sello profesional

.....  
 Firma y sello profesional

PLANILLA DE DATOS SOCIO-FAMILIARES:

Lugar y fecha.....  
Apellido y Nombre del Titular .....  
Domicilio.....  
Localidad.....Teléfono.....Email:.....  
Apellido y Nombre del Beneficiario .....  
Prestación solicitada .....

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Lugar y fecha de emisión.....

..... Firma

y aclaración del titular

