

MODELO RESUMEN CLINICO

____ / ____ / 202__

NOMBRE Y APELLIDO _____

DOMICILIO _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ EDAD ____ SEXO (tildar lo que corresponda) F ☐ M ☐

NACIONALIDAD _____

DOCUMENTO (tipo y número) _____

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE, PADRE, TUTOR O ENCARGADO

DIAGNÓSTICO-ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS DE HISTORIA CLINICA

PLAN TERAPÉUTICO INDICADO

(Detalle de los módulos/prestaciones solicitadas con indicación de modalidad de concurrencia: sesiones/jornada doble o simple)

TRASLADO SI ☐ NO ☐ (tildar lo que corresponda)**JUSTIFICACIÓN CLÍNICA DEL TRASLADO** (Especificar el motivo relacionado a la patología por el cual no puede usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo con lo consignado en la Ley 24.314, art 22 inc. a) _____

DEPENDENCIA SI ☐ NO ☐ (tildar lo que corresponda)**JUSTIFICACIÓN CLÍNICA DE LA DEPENDENCIA** (Especificando puntaje en escala FIM y adjuntando la misma)

Firma y sello del médico tratante

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

____ / ____ / 202__

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DOCUMENTO (tipo y número) _____

INDICO: _____

Aclarar una terapia por prescripción

En caso de Integración Escolar especificar si solicita Módulo de apoyo a la integración escolar (Equipo) o Módulo maestro de apoyo.

En caso de transporte aclarar si es a terapias de rehabilitación o institución educativa.

SESIONES SEMANALES/ JORNADA: _____

Frecuencia semanal o jornada simple/ doble (En caso de escolaridad/ CET/ Centro de día/ etc.)

PERIODO: _____ A _____ 2025

El periodo solicitado no puede ser retroactivo a la fecha de emisión de la prescripción

DIAGNÓSTICO: _____

DEPENDENCIA SI ☐ NO ☐ (Solo Escolaridad/ CET/ Centro de día/ Hogar/ Transporte, corroborando con formulario FIM)

Firma y sello del médico tratante

FORMULARIO DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

(Completar por el profesional todos los campos CON MISMA TINTA Y LETRA)

NOMBRE Y APELLIDO _____ EDAD _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO _____

DIAGNÓSTICO _____

ÍTEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTOCUIDADO		
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
TRANSFERENCIAS		
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O LA BAÑERA	
LOCOMOCIÓN		
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
COMUNICACIÓN		
14	COMPRENSIÓN	
15	EXPRESIÓN	
CONEXIÓN		
16	INTERACCIÓN SOCIAL	
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
Puntaje FIM Total		

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL	
INDEPENDIENTE	
7	INDEPENDENCIA TOTAL
6	INDEPENDIENTE CON ADAPTACIONES
DEPENDIENTE	
5	SOLO REQUIERE SUPERVISIÓN (No se asiste al paciente)
4	SOLO REQUIERE MÍNIMA ASISTENCIA (Paciente aporta 75% o más)
3	REQUIERE ASISTENCIA MODERADA (Paciente aporta 50% o más)
2	REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA (Paciente aporta 25% o más)
1	REQUIERE ASISTENCIA TOTAL (Paciente aporta menos del 25%)

Deberá ser completado por profesionales médicos especialistas conforme a la patología discapacitante

Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte del equipo de Auditoría médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditorías 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 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.

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

N° DE MATRÍCULA

CONFORMIDAD PRESTACIONAL AÑO 2025

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 _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. 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:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2025

INDICAR LA DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FORMALES (INCLUYENDO SESIONES DE REHABILITACIÓN, APOYO ESCOLAR Y JORNADA EDUCATIVA).

NOMBRE Y APELLIDO _____

DNI _____

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
7 HORAS						
8 HORAS						
9 HORAS						
10 HORAS						
11 HORAS						
12 HORAS						
13 HORAS						
14 HORAS						
15 HORAS						
16 HORAS						
17 HORAS						
18 HORAS						
19 HORAS						
20 HORAS						

*Lo consignado en el siguiente recuadro debe contemplar la necesidad de tiempos de descanso, traslados, alimentación y tiempo libre requeridos para el apropiado desarrollo de cada propuesta terapéutica y/o educativa.

Firma y aclaración beneficiario o tutor

ACTA ACUERDO PARA INTEGRACIÓN ESCOLAR

En la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ de 2025, se reúnen la maestra/Equipo interdisciplinario de apoyo a la integración escolar (detallar el nombre de la/los profesional/es/ Institución _____

las autoridades de la Escuela (detallar los nombres de los representantes de la institución) _____

y los tutores del alumno _____

DNI _____ (nombre, apellido y DNI del beneficiario) a los efectos de conformar el Acta Compromiso para el año 2025.

Las partes intervinientes se comprometen al cumplimiento de los ítems que a continuación se detallan:

La institución educativa y la maestra/Equipo Interdisciplinario de Apoyo se comprometen a:

- Atender al niño según las necesidades vinculadas a su sala/grado/año.
- Elaborar en forma conjunta la intervención en el área social.
- Realizar la evaluación de manera conjunta con la docente de sala/grado/año.
- Acordar criterios de evaluación.
- Sostener el control y seguimiento de los tratamientos solicitados.
- _____
- _____

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Velar para que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos establecidos para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.
- _____
- _____

--	--	--

Firma y sello de autoridad escolar

Firma del padre/madre/o tutor

Firma y equipo de AIE

MODELO DE PRESUPUESTO PRESTACIONAL

_____, ____/____/____
(Localidad y fecha anterior al comienzo de la prestación)

BENEFICIARIO (Nombre y apellido completo) _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO _____

MODALIDAD PRESTACIONAL A BRINDAR: _____

PERIODO SOLICITADO DE _____ 2025 A _____ 2025

TIPO DE JORNADA A REALIZAR: _____ CATEGORIA: _____

ALMUERZO: SI – NO (tachar según corresponda)

MONTO TOTAL MENSUAL \$ _____

EN CASO DE CORRESPONDER:

DEPENDENCIA: SI – NO (tachar según corresponda)

MATRICULA ANUAL: _____

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES _____

VALOR UNITARIO DE LA SESIÓN \$ _____

RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR: _____

DOMICILIO DE ATENCIÓN _____

N° TELEFONO FIJO _____

N° TELEFONO CELULAR _____

E-MAIL _____

N° CUIT _____

CONDICIÓN FRENTE AL I.V.A _____

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO	De: _____	De: _____	De: _____	De: _____	De: _____
	A: _____	A: _____	A: _____	A: _____	A: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

CONSENTIMIENTO

POR LA PRESENTE DEJO CONSTANCIA DE MI CONSENTIMIENTO AL PROGRAMA DE PRESTACIONES DESCRIPTO
PRECEDENTEMENTE AL BENEFICIARIO: _____ DNI: _____

FIRMA BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ACLARACIÓN

DNI

LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO: _____

MODELO DE PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE

_____, ____/____/____
(Localidad y fecha anterior al comienzo de la prestación)

BENEFICIARIO (Nombre y apellido completo) _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO _____

RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR _____

N° CUIT _____

DOMICILIO: _____

N° TELEFONO FIJO: _____ N° TELEFONO CELULAR: _____

E-MAIL _____

PERIODO SOLICITADO DE _____ 2025 A _____ 2025

CANTIDAD KM MENSUALES _____

ADICIONAL DEPENDENCIA 35% (sujeto a evaluación): SI - NO

MONTO POR KM \$ _____ MONTO TOTAL MENSUAL \$ _____

DIAGRAMA DE TRASLADO:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km. por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

CRONOGRAMA DE TRASLADO (marcar con una cruz los días de traslado)

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

FIRMA Y SELLO DEL TRANSPORTISTA

CONFORMIDAD TRANSPORTE

FECHA:/...../ 20.....

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI:

Yo..... con Documento tipo (.....) N°....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo desde:.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de:

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados:

Firma:

Aclaración:

Documento:

NOTA SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

FECHA_____

BENEFICIARIO_____ DNI_____

Por intermedio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de

con el profesional y/o institución_____
a partir de la fecha _____

Solicito nueva alta para subsidio de dicha prestación con el profesional y/o institución

a partir de la fecha _____ (solo en caso de dar de alta nuevo prestador)

FIRMA_____
ACLARACION_____
DNI**NOTA SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO**

FECHA_____

BENEFICIARIO_____ DNI_____

Por intermedio de la presente, informo que por motivos personales durante los meses de

_____ del corriente año, el
beneficiario en referencia, no asistió a la prestación _____
con el profesional y/o institución __________
FIRMA_____
ACLARACION_____
DNI