

## 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 \_\_\_\_\_ 2026

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

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL	
<b>INDEPENDIENTE</b>	
7	INDEPENDENCIA TOTAL
6	INDEPENDIENTE CON ADAPTACIONES
<b>DEPENDIENTE</b>	
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 2026

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 2026

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

## 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 \_\_\_\_\_ 2026 A \_\_\_\_\_ 2026

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 DESCRITO 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 \_\_\_\_\_ 2026 A \_\_\_\_\_ 2026

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: .....

## ACTA ACUERDO PARA INTEGRACIÓN ESCOLAR

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2026, 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 2026.

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

### 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