



OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS

I.N.O.S. N° 10320/4

BV. OROÑO 1085

TEL.: (0341)444-8016/8022

ROSARIO (PCIA. DE SANTA FE)

REQUISITOS PARA LA CARGA EN PLATAFORMA DE CENTRO DE DÍA- CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Se recuerda que todo servicio de CET deberá incluir como mínimo tres sesiones individuales semanales para la modalidad de concurrencia de Jornada Doble y dos sesiones individuales semanales en caso de Jornada Simple, de acuerdo a las necesidades del beneficiario.

1. **Certificado único de Discapacidad**
2. **Pedido médico (RP)** de la prestación solicitada
3. **Conformidad** (anexo III) firmada por madre/padre o tutor (en caso de ser menor de edad)
4. **Resumen de Historia clínica** (mismo médico que firma el RP)
5. **Presupuesto**
6. **Planilla F.I.M.** (Medida de Independencia Funcional) Si requiere dependencia, el terapeuta ocupacional o neurólogo debe completar las 4 hojas justificando cada ítem (informe cuantitativo y cualitativo)
7. **Constancia de asistencia a la institución:** fechada con mes que inicia concurrencia
8. **Plan de abordaje individual:** con informe evaluativo inicial o evolutivo individual, con detalle de terapias y/o talleres, con objetivos individualizados del beneficiario, firmado por todo el equipo.
9. **Cronograma:** de actividades diarias/ semanal
10. **Informe semestral:** se entrega con la facturación.
11. **Categorización y Habilitación vigentes**
12. **Constancia de Inscripción en Afip:**



**OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS
Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS**
I.N.O.S. N° 10320/4

BV. ORONO 1085

TEL.: 0810-444-8016

ROSARIO (PCIA. DE SANTA FE)

Cumplimentar sin errores, tachaduras o enmiendas

Prescripción médica para:

CENTROS ESPECIALIZADOS

FECHA: _____ / _____ / _____
(del mes anterior al periodo solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

D.N.I.: _____

N° de afiliado: _____

Diagnostico según CUD: _____

Solicito	_____	
Jornada	_____	
	<input type="checkbox"/> CON	<input type="checkbox"/> SIN
	DEPENDENCIA	

Periodo: Desde _____

Hasta _____ Año _____

Firma y sello del médico tratante

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo (.....) N° 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:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA: / / .

Apellido y nombre :

Obra Social:

Nº DNI:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Antecedentes y datos del examen clínico:

Diagnóstico / capacidad funcional (sensorial/mental, motora)

Evolución del paciente en el último año:

En relación a la alimentación / vestido / higiene personal

Dependiente:

Autovalido

Firma Médico Tratante:

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Si - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

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

Firma y Aclaración del Prestador.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS

F.I.M. (Medida de Independencia Funcional)

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

Nº de afiliado: _____

Diagnostico: _____

Edad: _____

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa
	6. Independencia con adaptación
Dependencia modificada	5. Solo requiere supervisión, no se asiste al paciente
	4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
	3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
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 bañera	
	Locomoción	
12	Marcha o Silla de Ruedas	
13	Escaleras	
	Comunicación	
14	Compresión	
15	Expresión	
	Conaxión	
16	Interacción Social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
Puntaje FIM Total:		

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN:

Implica uso de utensilios masticos y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que medidas se han tomado para superar la situación:

2. ASEO PERSONAL:

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesita la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

3. HIGIENE:

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR:

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

5. VESTIDO PARTE INFERIOR:

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, como ponerse los zapatos, abrocharse y Características de la dependencia.

6. USO DEL BAÑO:

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7. CONTROL DE INTESTINOS:

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de ostomias.
Frecuencia

8. CONTROL DE VEJIGA:

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo sondas o dispositivos absorbentes.
Frecuencia

9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS:

Implica pasarse hacia la cama, silla o silla de ruedas y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

10. TRANSFERENCIA AL BAÑO:

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA:

Implica entrar o salir de ducha o bañera.

12. MARCHA/ SILLA DE RUEDAS:

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que esta en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13. ESCALERAS:

Implica subir y bajar escalones.

14. COMPRENSIÓN:

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo escritura, gesto, signos, etc.

15. EXPRESIÓN

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16. INTERACCIÓN SOCIAL:

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo en nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre si mismo y el entorno.

17. RESOLUCIONES DE PROBLEMAS:

Implica resolver problemas cotidianos.

18. MEMORIA

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares

Evaluación:

Escriba en base a la evaluación fisiétrica y neuro-psicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

.....
Firma y sello del medico tratante