



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 TRANSPORTE ESPECIAL

1. **Certificado único de Discapacidad**
2. **Pedido médico (RP)** de la prestación solicitada, con justificación
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. **Presupuestos** (1 por cada traslado)
6. **Solicitud de traslado** (anexo IV)
7. **Planilla F.I.M.** (Medida de Independencia Funcional) Si requiere dependencia, el terapeuta ocupacional o neurólogo debe completar las 4 hojas justificando cada ítems. (informe cuantitativo y cualitativo). De acuerdo a las disposiciones vigentes por la Sssalud, la evaluación de la dependencia tendrá en cuenta a partir de los Z años de edad.
8. **Google Maps** de cada recorrido a realizar
9. **Constancia de declaración de domicilio** del beneficiario, emitida por sede policial.
10. **Constancia de concurrencia o certificado alumno regular:** si es trasladado a escuela o a Centros.
11. **Constancia de Inscripción Afip.**
12. **Carnet de conducir vigente**
13. **Póliza de seguro vigente**
14. **Habilitación vigente**
15. **V.T.V**
16. **Cédula verde y/azul**



**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:

TRANSPORTE

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

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

D.N.I.: _____

Nº de afiliado: _____

Diagnostico según CUD: _____

Solicito transporte:



IDA Y VUELTA



CON



SIN

DEPENDENCIA

Prestación: _____

Partida: _____

Destino: _____

Periodo: Desde _____

Hasta _____ Año _____

Justificación de imposibilidad de Usar transporte Publico:

Firma y Sello Medico 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:

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Periodo: desde: _____ hasta: _____

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						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si- No

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/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:

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS

ANEXO IV

**SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD
DSM IV**

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI, LE, LC, CI:

Actividad Laboral de los Padres

Detalle	Nombre y Apellido	Actividad	Horario / Turno
Madre			
Padre			
Tutor / Encargado			

Actividad de los Hermanos

Detalle	Nombre y Apellido	Actividad	Horario / Turno

Diagnóstico:

DSM IV - CIE X

Deficiencia:

Justificación médica de la solicitud de Transporte:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE
Sello y Matrícula

FIRMA DEL MÉDICO AUDITOR
DEL AGENTE DEL SEGURO
Sello y Matrícula

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	
Conexión		
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