

DETALLE	PÁGINA
ÍNDICE + DATOS DE CONTACTO	1
DOCUMENTACIÓN SOLICITADA	2-3
PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS	4
CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR	5
CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN – ANEXO III	6
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA	7-8
PRESUPUESTO + CONSENTIMIENTO BILATERAL	9
DECLARACIÓN DE CBU	10
MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)	11-14
SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR	15
SOLICITUD BAJA DE PRESTACIÓN	16
SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO	17

CONTACTO OSPAGA

- Autorizaciones Discapacidad (Consultas por autorización de expedientes / Consultas por documentación a presentar / Consultas por actualización de CUD)

(011) 4610-9200

integracionprestador@ospaga.com.ar

- Recepción de Expedientes (Envío de expedientes para **renovación** 2023 digitalizados)

(011) 4610-9200

integracionprestador@ospaga.com.ar

- O.S.P.A.G.A. Central

(011) 4610-9200

www.ospaga.com.ar

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Tratamiento ambulatorio dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no les permite acceder a un sistema de educación especial sistemático. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 4 y 24 años de edad.

En el siguiente link encontrará las **instituciones** categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Documentación Requerida:

1. Planilla de actualización de datos (Pg. 4)
2. DNI Afiliado Titular y Afiliado que recibe la prestación
3. Certificado de Discapacidad
4. Certificado de alumno regular. Deben presentarlo al **comienzo, mediados y finalización del año lectivo**. (Pg. 5)
5. Conformidad de prestaciones – Anexo III (Pg. 6)
6. Prescripción Médica

La fecha de prescripción debe ser **siempre** anterior al período de prestación solicitado

Nombre y Apellido:	
O. Social: O.S.P.A.G.A	N° D.N.I.:
Rp./	
-SOLICITO CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO	
-TIPO DE JORNADA (SIMPLE O DOBLE)	
-PERÍODO	
-DIAGNÓSTICO	
-FECHA: Debe ser anterior al período solicitado	
_____ Firma y Sello (Médico Tratante)	

En caso que solicite DEPENDENCIA debe estar indicado en el pedido médico

6. Resumen de Historia Clínica (Pg. 7 y 8)
7. Presupuesto + Consentimiento Bilateral (Pg.9)
8. Informe evolutivo y final 2022 (En caso que haya recibido prestaciones. La fecha del informe debe ser Diciembre 2022)
10. Informe de evaluación inicial (En caso que comience una nueva prestación). En el deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación
11. Informe evolutivo de la prestación. La fecha de emisión debe ser posterior/igual a la fecha del pedido médico y anterior al comienzo de la prestación. Debe detallar:
 - Período de abordaje y modalidad de prestación
 - Descripción de las intervenciones realizadas con el beneficiario y su núcleo de apoyo
 - Resultados alcanzados

12. Plan de tratamiento. La fecha de emisión debe ser posterior/igual a la fecha del pedido médico y anterior al comienzo de la prestación. Debe detallar:

- Período y modalidad de prestación
- Detalle de adaptaciones curriculares
- Objetivos a corto y mediano plazo
- Estado actual del beneficiario

13. Constancia de Inscripción en el Servicio Nacional de Rehabilitación

14. Habilitación de la institución

15. Constancia de Opción/Inscripción en la Afip

17. Seguro de mala praxis/responsabilidad civil

18. Declaración de CBU (Pg. 10)

19. Fotocopia de CBU (Extracto Bancario)

20. SOLICITUD DE DEPENDENCIA (En caso de solicitarla, debe estar indicado en el pedido médico).

Debe presentarse únicamente para aquellos casos que soliciten DEPENDENCIA.

- INFORME: Debe estar realizado por el prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual
- MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL: Debe estar realizado **únicamente** por Lic. en Terapia Ocupacional (Pg. 11 a 14)

ACTUALIZACION DE DATOS

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: _____ Fecha: ___/___/___

Datos del afiliado al que se brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

D.N.I.: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Localidad: _____

Teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____

E-Mail: _____

Datos Familiares

Se solicita por favor detallar mínimo un teléfono y una dirección de e-mail para facilitar la comunicación.

Padre / Madre / Tutor

Nombre y Apellido: _____ Vínculo: _____

D.N.I.: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Localidad: _____

Teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____

E-Mail: _____

Padre / Madre / Tutor

Nombre y Apellido: _____ Vínculo: _____

D.N.I.: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Localidad: _____

Teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____

E-Mail: _____

Firma de padre/madre/tutor

Vínculo

Aclaración

Firma de padre/madre/tutor

Vínculo

Aclaración

CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR

Colegio: _____

CUE N°: _____

Nombre y Apellido del Alumno: _____

DNI: _____

Se hace constar que el alumno _____ con DNI

_____ es alumno regular de _____ grado/año, turno _____ . Se encuentra matriculado para

el año 20__ en el grado/año _____ del turno _____ en el horario de _____ .

Se extiende esta constancia en _____ a los ____ días del mes _____ del año

_____ .

Firma Autoridad del Colegio

Sello del Colegio

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Lugar de emisión: _____ Fecha: ____/____/____

Datos del afiliado al que se brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____ N° DNI: _____

Consentimiento

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: Desde _____ Hasta _____ Año _____

2. **Prestación:** _____
Prestador: _____
Período: Desde _____ Hasta _____ Año _____

3. **Prestación:** _____
Prestador: _____
Período: Desde _____ Hasta _____ Año _____

4. **Prestación:** _____
Prestador: _____
Período: Desde _____ Hasta _____ Año _____

Firma

Aclaración

D.N.I.

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

D.N.I.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: _____

D.N.I.: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Altura: _____ Peso: _____

Diagnóstico

Antecedentes de Enfermedad

¿Tuvo Accidentes? SI – NO / ¿Qué tipo de accidente?

¿Presenta Cirugías – Internaciones? SI - NO

PRESTACIONES INSTITUCIONALES / EDUCATIVAS

Lugar de emisión: _____

Fecha: ___/___/___

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: _____

N° DNI: _____

Datos de la prestación

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de Jornada a realizar: SIMPLE DOBLE

Categoría: A B C

Incluye almuerzo: SI NO

Prestación con dependencia: SI NO

Datos del prestador

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ E-Mail: _____

N° CUIT: _____ Condición frente al IVA: _____

Cronograma de Asistencia

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desde							
Hasta							

Período

Desde: _____ Hasta: _____ Año: _____

Valor mensual: \$ _____ Sujeto a resolución vigente

CONSENTIMIENTO BILATERAL

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo de la
Institución _____ a efectuarse en el domicilio
_____ en la localidad de _____ durante el período de
_____ a _____ año _____.

Firma del Titular

Aclaración

D.N.I.

Firma y Sello de Responsable de la Institución

Aclaración

DECLARACION DE CBU PARA PROFESIONALES / INSTITUCIONES / TRANSPORTES

Lugar de emisión: _____ Fecha: ___/___/___

Por medio de la presente, cumpro en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

- Caja de ahorro N°: _____
- CBU: _____
- Banco: _____
- Mail: _____

ESTOS DATOS SOLO TIENEN VALIDEZ CON LA PRESENTACIÓN DEL EXTRACTO BANCARIO QUE LOS CERTIFIQUE

*Firma y Sello de Profesional / Responsable de
Transporte / Responsable de Institución*

Aclaración

D.N.I.

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Datos del afiliado

Apellido y Nombre: _____

N° DNI: _____ Diagnóstico: _____

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con la misma y sometida a evolución por parte de la Auditoría del sector de Discapacidad que determinará, en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad del profesional interviniente.

<u>GRADO DE DEPENDENCIA</u>	<u>NIVEL DE FUNCIONALIDAD</u>
7	Independiente Total
6	Independiente con adaptaciones
5	Solo requiere supervisión
4	Requiere asistencia mínima. 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%

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

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN

Implica uso de utensillos, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente e indique qué medidas se han tomado para superar la situación.

2. ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes. Indique grado de asistencia que requiere para realizar estas actividades. ¿Es necesaria 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 en su aseo personal.

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR

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

5. VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia para realizar esta actividad.

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 intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo: catéteres o dispositivos de Ostomía. Indicar 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. Indicar frecuencia.

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

Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas y volver a la posición inicial. Indique el grado de participación del paciente.

10. TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Indique grado de participación del paciente.

11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

12. MARCHA / SILLA DE RUEDAS

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

13. ESCALERAS

Implica subir y bajar escaleras.

14. COMPRENSIÓN

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: Escritura, gestos, signos, etc.

15. EXPRESIÓN

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal

16. INTERACCIÓN SOCIAL

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

17. RESOLUCIONES DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos.

18. MEMORIA

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

EVALUACIÓN

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

FIRMA Y SELLO DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES

FECHA

SUSPENSION TEMPORARIA DE TRATAMIENTO

Lugar de emisión: _____ Fecha: ___/___/___

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: _____ N° DNI: _____

Por medio de la presente, yo _____ informo que durante los meses de _____ del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la prestación de (ej. Fonoaudiología, Psicopedagogía, Transporte) _____ con el profesional y/o institución _____.

El motivo por el cual no asistió es _____

Firma Titular

Aclaración

D.N.I.

Vínculo