

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](mailto:integracionprestador@ospaga.com.ar)

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

(011) 4610-9200

[integracionprestador@ospaga.com.ar](mailto:integracionprestador@ospaga.com.ar)

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

(011) 4610-9200

[www.ospaga.com.ar](http://www.ospaga.com.ar)

## HOGAR

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (Vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Está dirigido a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieren un mayor grado de dependencia y protección.

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

<https://apps.snrgob.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

<b>Nombre y Apellido:</b>	
<b>O. Social: O.S.P.A.G.A</b>	<b>N° D.N.I.:</b>
Rp./	
<b>-SOLICITO HOGAR</b>	
<b>-INDICAR TIPO DE JORNADA</b>	
<b>-PERÍODO</b>	
<b>-DIAGNÓSTICO</b>	
<b>-FECHA:</b> 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. Habilidad 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)

OBSERVACIÓN: Al Resumen de Historia Clínica se deberá adjuntar un Informe Social elaborado por Lic. en Trabajo Social que no pertenezca a la institución. El mismo deberá justificar la imposibilidad de continencia familiar.

**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**

---

---

---

---

---

**Indicar si utiliza alguna medicación y su plan farmacológico**

---

---

---

---

**Prestaciones solicitadas, plan de tratamiento y objetivos terapéuticos**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Evolución y estado actual del paciente**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
*Firma y Sello Médico*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*



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

## 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

**SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datos del afiliado**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de la baja de la prestación de \_\_\_\_\_  
a cargo de \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_.  
El motivo por el cual se solicita la baja es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asimismo, solicito el alta de dicha prestación a cargo de la profesional y/o institución \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

\_\_\_\_\_  
Vínculo

**SOLICITUD DE BAJA DE PRESTACIÓN**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

**Datos del afiliado**

---

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de la baja de la prestación de \_\_\_\_\_  
a cargo de \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_.  
El motivo por el cual se solicita la baja es \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma

---

Aclaración

---

D.N.I.

---

Vínculo



**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*