

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)

## TRANSPORTE

Traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. La solicitud de transporte debe estar fundamentada adecuadamente por médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público, **debe justificarse también en el Resumen de Historia Clínica.**

### 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 TRASLADO IDA Y VUELTA DESDE DOMICILIO (DIRECCIÓN) HASTA ESCUELA (DIRECCIÓN)</b> <b>-PERÍODO (Marzo a Diciembre 2022)</b> <b>-DIAGNÓSTICO</b>
<b>-FECHA:</b> Debe ser anterior al período solicitado
_____
Firma y Sello (Médico Tratante)

<b>Nombre y Apellido:</b> <b>O. Social: O.S.P.A.G.A</b> <b>N° D.N.I.:</b>
Rp./
<b>-SOLICITO TRASLADO IDA Y VUELTA DESDE DOMICILIO (DIRECCIÓN) HASTA FONOAUDIOLOGIA Y PSICOLOGIA (DIRECCIÓN)</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**

7. Resumen de Historia Clínica (Pg. 7 y 8)
8. Presupuesto + Consentimiento Bilateral (Pg.9)
9. Recorrido Google Maps de cada traslado: [www.google.com.ar/maps](http://www.google.com.ar/maps)
10. Habilitación municipal y/o provincial vigente
11. Póliza de seguro vigente
12. Licencia de conducir vigente
13. Cédula del vehículo
14. Verificación Técnica Vehicular
15. Constancia de Opción/Inscripción en la Afip
16. Declaración de CBU (Pg. 10)
17. Fotocopia de CBU (Extracto Bancario)

**18. 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 o Médico Tratante (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**

---

---

---

---

---



**TRANSPORTE DISCAPACIDAD**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datos del afiliado al que se brindará la prestación**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

N° DNI: \_\_\_\_\_

**Datos del prestador**

Nombre y Apellido / Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

N° CUIT: \_\_\_\_\_ Condición frente al IVA: \_\_\_\_\_

**Recorrido**

**VIAJE IDA** Beneficiario se traslada a la prestación: \_\_\_\_\_

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**VIAJE VUELTA**

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Prestación con Dependencia: SI  NO

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Km diarios: \_\_\_\_\_

Km semanales: \_\_\_\_\_

Km mensuales: \_\_\_\_\_

**Período**

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Valor x km: \$ \_\_\_\_\_ Valor viaje diario (Ida y vuelta): \$ \_\_\_\_\_ Sujeto a resolución vigente

**CONSENTIMIENTO BILATERAL**

Presto conformidad para el esquema de transporte descrito en dicho presupuesto al beneficiario \_\_\_\_\_, durante el periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Aclaración

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

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de Responsable del Transporte

\_\_\_\_\_  
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





**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*