

| 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     |
| SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR       | 11     |
| SOLICITUD BAJA DE PRESTACIÓN           | 12     |
| SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO   | 13     |

## 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)

## MÓDULO ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Proceso terapéutico-educativo que comprende promover y favorecer el desarrollo de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con discapacidad. Destinado a bebés y niños de 1 a 4 años de edad, y eventualmente hasta los 6 años.

**Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en la SSSalud para tal fin.**

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

|  |                   |
|--|-------------------|
| <b>Nombre y Apellido:</b>                              |                   |
| <b>O. Social: O.S.P.A.G.A</b>                          | <b>N° D.N.I.:</b> |
| Rp./   |                   |
| <b>-SOLICITO MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA</b>       |                   |
| <b>-PERÍODO</b>  |                   |
| <b>-DIAGNÓSTICO</b>                                    |                   |
| <b>-FECHA:</b> Debe ser anterior al período solicitado |                   |
| _____  |                   |
| Firma y Sello<br>(Médico Tratante)                     |                   |

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. Informe coordinado entre profesionales intervinientes. La fecha de emisión debe ser posterior/igual a la fecha del pedido médico y anterior al comienzo de la prestación

13. 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
  - Objetivos específicos de abordaje
  - Estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos
  - Objetivos a corto y mediano plazo
  - Estado actual del beneficiario
14. Constancia de Inscripción en el Servicio Nacional de Rehabilitación
15. Habilitación de la institución
16. 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)

**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



**ESTIMULACION TEMPRANA**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_

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

**Datos del afiliado**

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: \_\_\_\_\_

**Datos de la prestación**

Prestaciones a brindar (aclarar cantidad de sesiones semanales de cada una):

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_

**Cronograma de Asistencia**

Por favor indicar horario de comienzo y de finalización de cada prestación

| Prestaciones | Horario | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|--------------|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
|              |         |       |        |           |        |         |        |
|              |         |       |        |           |        |         |        |
|              |         |       |        |           |        |         |        |

**Periodo**

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.*

**SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR**

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

**Datos del afiliado**

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

Por medio de la presente, deixo 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*