



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUÍMICAS Y PETROQUÍMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

INSTRUCTIVO 2024

PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD

O.S.P.I.Q. y P.

RES. 887/17 SSSALUD
RES.360/22 SSSALUD - 03-03-22

Mail: ospiqyp.discapacidad@gmail.com

Pag Web: www.ospiqyp.org.ar

Tel: 4380-2700

Se aclara los tratamiento **se renuevan anualmente** debiendo **presentar nuevamente**

TODA la documentación requerida para que la prestación sea autorizada.

**NO HAY CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO SIN AUTORIZACION PREVIA Y NO CE ACEPTAN
TRATAMIENTOS CON RETROACTIVIDAD.**

**SE RECUERDA QUE EL DEBEN ENVIAR CERTIFICADO DE
DISCAPACIDAD CADA VEZ QUE SE SOLICITE UNA PRESTACION Y EL
MISMO DEBE ESTAR VIGENTE DE NO SER ASI NO SE AUTORIZARA
LAS PRESTACIONES.**



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

MUY IMPORTANTE: Sin el certificado de Discapacidad no se cubrirá ninguna prestación. Si tiene un vencimiento cercano a la solicitud de presentación RECUERDE que debe solicitar la renovación del mismo y los turnos tienen demoras.

La cobertura de los tratamientos son anuales (Enero a Diciembre) Como así también la documentación solicitada para la cobertura de los mismos.-

SE INFORMA QUE LA OBRA SOCIAL TRABAJA SEGUN LA NORMATIVA DEL EL SISTEMA DE INTEGRACION, POR LO CUAL SE SOLICITA SE ADJUNTE TANTO AL PRESUPUESTO CONSTANCIA DE CBU EMITIDA POR BANCO, CAJERO AUTOMATICO O HOME BANKING PARA REALIZAR LOS PAGOS POR TRANSFERENCIAS. SE ACLARA QUE SOLO INVOLUCRA LOS MODULOS INCLUIDOS EN LA RESOLUCION VIGENTE Y QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE DICHO SISTEMA.

IMPORTANTE: según LO QUE ESTABLECE DICHO SISTEMA EL NRO DE CUIT DE LA FACTURA DEBE CORRESPONDER CON EL NRO DE CUIT DE LA CUENTA (DEBE SER CUENTA DE LA INSTITUCION O PROFECIONAL QUE BRINDA EL SERVICIO Y NO DE TERCEROS)



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2024.

DOCUMENTACION GENERAL PARA CUALQUIER SOLICITUD

- Certificado de Discapacidad vigente.
- Informacione de alta (PLANILLA ADJUNTA)
- Resumen de historia clínica: firmado por médico tratante. **SIN RESUMEN DE HISTORIA NO SE AUTORIZAN PRESTACIONES.** (PLANILLA ADJUNTA)
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante. (PLANILLA ADJUNTA)
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme (PLANILLA ADJUNTA)

MODULOS AMBULATORIOS/ EST. TEMPRANA / PREST. APOYO (TERAPIAS)

- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto prestacional. (PLANILLA ADJUNTA)



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUÍMICAS Y PETROQUÍMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal) / Título habilitante **(PROFESIONALES INDIVIDUALES)**
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud). **(INSTITUCIONES)**
- Constancia de CUIT.
- Constancia de CBU.

Los prestadores deben cumplimentar la documentación solicitada anteriormente. SE CUBRIRÁ UN MÁXIMO DE 8 (OCHO) SESIONES SEMANALES SIN

EXCEPCIÓN. En los casos de que las terapias sean presentadas individual por prestador se deben enviar conjuntamente para su evaluación.

ESTABLECIMIENTOS (EGB/FORMACION LABORAL/CET/C. DIA/ HOGAR)

- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto prestacional. (PLANILLA ADJUNTA)
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUÍMICAS Y PETROQUÍMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud). **(INSTITUCIONES)**

- Constancia de CUIT.
- Constancia de CBU

En caso de solicitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por MEDICO /Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

(PLANILLA ADJUNTA)

INT. ESCOLAR/MAESTRA APOYO

- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto prestacional. (PLANILLA ADJUNTA)
- Constancia de alumno regular extendido por colegio debe tener numero de CUE
- Acta acuerdo firmado por las partes.(PLANILLA ADJUNTA)
- Modulo maestra de apoyo titulo habilitante (MAESTRA DAI / PSICOPEDAGOGO)
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud). **(INSTITUCIONES)**
- Constancia de CUIT.
- Constancia de CBU.



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo. Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.

TRANSPORTE:

- Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. (PLANILLA ADJUNTA)
- Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. (PLANILLA ADJUNTA)
- Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular VTV al día, licencia de conducir.

En caso de solicitar **dependencia** , se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por MEDICO /Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.(PLANILLA ADJUNTA)

NO SE AUTORIZA DEPENDENCIA A MENORES DE 6 AÑOS.

**SOLO SE ATORIZARA UN MAXIMO DE RECORRIDO DE
1500km MENSUALES.**

**SOLO QUEDARA EXCEPTUADO Y ACONSIDERACION DE LA
AUDITORIA MEDICA AQUELLOS CASOS QUE SE ENCUENTREN EN
ZONAS DESPLOBLADAS DEL INTERIOR DEL PAIS.**



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

PRESENTACION DE LA DOCUMENTACION

LA DOCUMENTACION SE DEBE PRESENTAR
ESCANEADA EN ARCHIVO PDF DE FORMA ORDENADA
COMPLETA AL MAIL QUE FIGURA AL INICIO DEL
INSTRUCTIVO.

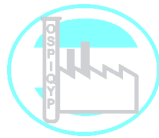
NO SE ACEPTAN FOTOS. NO SE ACEPTAN
PRESENTACIONES PARCIALES.

ORDEN:

CUD

DOCUMENTACION MEDICA. (planilla de alta /resumen de HC / pedidos médicos)

DOCUMENTACION PRESTACIONAL (Informes / presupuesto/documentación habilitante /
documentación contable)



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUÍMICAS Y PETROQUÍMICAS
INSCRIPCIÓN RNOS 1-1870-5

FACTURACION

Documentación Contable (para la facturación):

1- Factura o Recibo deberá ser B o C (La O.S. presenta Iva Exento)

A) La misma deberá estar dirigida a :

OSPIQyP y/o Obra Social del Personal de Industrias Químicas y Petroquímicas

México 1474, C.A.B.A. Cp 1097

Cuit: 30-65339202-4 - Iva Exento

- En el detalle de la facturación deben figurar los siguientes datos:

B) Nombre y Apellido del Beneficiario

C) Modulo de prestación (En el caso de sesiones deben detallar la cantidad de las mismas por mes y el valor unitario)

D) En el caso del transporte: Domicilio de partida , domicilio de destino .

Valor de Km, cantidad de Km diarios y mensuales. Cantidad de viajes

Costo: por Km y Mensual.

E)Periodo de la prestación

DE NO ESTAR DETALLADO LA FACTURA SE DEBITA.

2- **Deberan adjuntar a la facturación:**

- **En casos institucionales certificados de alumno regular o planilla de asistencia.**
- **En el caso de las terapias, planillas de asistencia detallando fecha de la sesión, firma del profesional firma del paciente o responsable del mismo en el caso que este sea menor o este impedido.**
- **En el caso del transporte planilla de viajes igual que el caso anterior.**
- **EN LOS DOS PRIMEROS CASOS DEBERAN ENVIAR INFORME SEMESTRAL EVOLUTIVO.**



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUÍMICAS Y PETROQUÍMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

SE DEBE ENVIAR A ospiqyp.discapacidad@gmail.com

LA FACTURACION QUE NO CUMPLA CON DICHS REQUISITOS O QUE POSEAN REMARCACIONES - TACHADURAS Y/O ENMIENDAS. LAS MISMAS SERAN MOTIVO DE DEBITOS.-

Se autorizaran los valores según la Resolución del Ministerio de Salud que se encuentre en vigencia al momento de la prestación.-

LAS FACTURAS DEBERAN SER PRESENTADAS DEL 1 AL 10 DE CADA MES , NO DEBERAN ATRASARSE CON LA ENTREGA YA QUE EL SISTEMA DE INTEGRACION SOLO PERMITE LA CARGA DE DOS MESES DE PRESTACIONES HACIA atrás.

LOS PAGOS SE EFECTUAN POR MEDIO DE TRANSFERENCIA BANCARIA, RECIBIDA LA MISMA, TODOS LOS PRESTADORES SIN EXCEPCION DEBERAN ENVIAR LOS RECIBOS CORRESPONDIENTES, LA FALTA DE PRESENTACION DE LOS MISMOS GENERARA UNA RETENCION DE LOS PAGOS SUCESIVOS



OBRA **S**Ocial DEL **P**ERSONAL DE **I**NDUSTRIAS **Q**UIMICAS Y **P**ETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

ANEXOS y PROFORMAS



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
INSCRPCION RNOS 1-1870-5

PLANILLA ALTA

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO QUE RECIBE PRESTACIONES:

.....

DNI:

.....

.....

CUIT:.....

.....

DIAGNÓSTICO:

.....

.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:

.....

TELÉFONO PARTICULAR:.....**CEL:**

.....

TELÉFONO ALTERNATIVO (INDICAR A QUIÉN PERTENECE):

.....

MAIL:

.....

.....

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

GRUPO FAMILIAR (INDICAR NOMBRE, APELLIDO Y VÍNCULO):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OTROS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESUMEN HISTORIA CLINICA

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Numero de afiliado/a:

Plan:

Edad: Diagnóstico:

.....
.....
.....
.....

Descripción del estado actual:.....

.....
.....
.....

Evolución del cuadro clínico de base.....

.....
.....
.....

Antecedentes de tratamientos terapéuticos y/o intervenciones educativas:.....

.....
.....
.....

Firma y sello de el/la médico/a tratante

Fecha

PEDIDO MEDICO

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Numero de afiliado/a:

Plan:

Edad:

Diagnostico:.....
.....
.....
.....

Prestaciones solicitadas

- Instituciones (CET – Centro de Dia – Hogar con Centro de Dia, etc)

Prestación institucional:.....

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Tipo de jornada: simple doble

Dependencia: SI NO (En caso afirmativo se deberá anexar formulario FIM e informe de apoyos)

- Modulo Maestro/a de Apoyo / Modulo Apoyo a la integración Escolar Equipo

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Cantidad de horas semanales:.....

Prestaciones ambulatorias por sesión (TERAPIAS)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Firma y sello de Medico/a:

Fecha:

PEDIDO MEDICO TRANSPORTE

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Numero de afiliado/a:

Plan:

Edad:

Diagnostico:.....
.....
.....
.....

Justificación médica:.....
.....
.....
.....

Dependencia: SI NO (en caso afirmativo completar planilla FIM)

**Firma y sello del
médico/a: Fecha:**

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024

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 _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. 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:

PRESUPUESTO PRESTACION

Fecha de emisión

Nombre y Apellido del Beneficiario/a:

Nº de Afiliado/a:

Prestación a realizar:

Periodo de atención:

Cantidad de sesiones mensuales:

Valor sesión:

Observaciones:

Cronograma de asistencia

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Prestador/a

Nombre y apellido:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Correo electrónico:

CUIT:

CBU:

BANCO:

NRO Y TIPO DE CUENTA:

Firma y Sello

Planilla de control de Asistencia

DDJJ

Paciente
Profesional:
Especialidad
Mes de Prestación

	Fecha	Firma del Profesional	Firma del Afil o Responsable
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha: / /

Afiliado:.....

DNI:.....

Período solicitado.....hasta.....2024.

Cantidad de Kilómetros semanales.....Cantidad de kilómetros mensuales.....

Valor del Kilómetro (\$).....

Monto mensual (\$).....

Compañía de Seguro.....Póliza N°.....

Fecha de vencimiento del Seguro.....Fecha de vencimiento de VTV:.....

Dedendencia : SI / NO

Recorridos	Detallar prestación al que se traslada	Km por día	Km por mes
RECORRIDO 1	Prestación de destino:		
Especificar día de la semana			
Domicilio de Origen			
Domicilio de Destino			
RECORRIDO 2	Prestación de destino:		
Especificar día de la semana			
Domicilio de Origen			
Domicilio de Destino			
RECORRIDO 3	Prestación de destino:		
Especificar día de la semana			
Domicilio de Origen			
Domicilio de Destino			
Cantidad total de kilómetros			

Observaciones:

.....

Prestador:

.....

CUIT:Teléfono:

Mail:.....Domicilio:.....

Nro cuenta:

banco:

CBU:

Firma y sello del Prestador

Aclaración / DNI

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:

Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre:..... Edad:..... DNI:.....
 N° de Beneficiario/a: Institución:.....

Medida de Independencia Funcional (FIM)		P u n t a j e
Actividad		
Autocuidado		
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
3	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4	Vestirse parte superior (implica vestirse de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño)	
Control de esfínteres		
7	Controlar intestino (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Controlar vejiga (implica control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas)	
Modalidad		
Transferencia		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia de toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
Locomoción		
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 escalones)	
Comunicación		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
Conexión		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
Puntaje FIM TOTAL		

Puntaje:
 Independiente
 7 Independiente Total
 6 Independiente con adaptaciones Dependiente
 5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)
 4 Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o mas)
 3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o mas)
 2 Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o mas)

1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25)

Firma de el/la Médico/a o Lic. enTO:.....

Fecha:

Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)

ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

.....
.....

ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

.....
.....

HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

.....
.....

VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....
.....

VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....
.....

USO DEL BAÑO: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

.....
.....

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. Frecuencia.

.....
.....

CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

.....
.....

TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pararse hacia una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

.....
.....

TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

.....
.....

TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

.....
.....

MARCHA/SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

.....
.....

ESCALERAS: Implica subir o bajar escalones.

.....
.....

COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: escritura, gestos, signos, etc.

.....
.....

EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....
.....

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, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.

.....
.....

RESOLUCIÓN DE PROBLEMA: Implica resolver problemas cotidianos.

.....
.....

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

.....
.....

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL: escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

.....
.....

FIRMA Y SELLO

Acta de Acuerdo: Apoyo a la Integración Escolar

Fecha...../...../.....

En el día de la fecha, en la Ciudad de.....

se establece el presente acuerdo en la Escuela.....con domicilio en.....representado

por....., la Maestra de Apoyo / el equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por.....

y la familia del niño/a..... con DNI Nº..... para llevar a cabo la Integración del niño/a en el Año/Sala.....

Turno.....

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	viernes
Desde					
Hasta					

La Institución educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al niño según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación en teniendo cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final interdisciplinariamente

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de Integración.
- La continuidad del alumno en el Proyecto de Integración escolar será evaluado por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes, en forma conjunta, podrán considerar toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planeados para el niño/a.
- La no continuidad de proyecto podrá darse por:
 - Incumplimiento de los ítems mencionados ut-supra.
 - Falta de progresos significativos en el aprendizaje
 - Modificaciones importantes en la conducta.

<i>Firma y Sello de la Escuela Común donde se realiza la Integración</i>		<i>Aclaración</i>	
<i>Firma del Padre / Madre o Tutor</i>		<i>Aclaración</i>	
<i>Firma y sello de la Maestra Integradora / Equipo de AIE</i>		<i>Aclaración</i>	

