

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2026

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- El presente instructivo se refiere a solicitudes de prestaciones detalladas en el *Nomenclador de Prestaciones Básicas* para personas con Discapacidad (Res. 428/1999) y los requisitos que indica la Resolución 1743/2024 SSSalud.
- El Equipo *Interdisciplinario de la Obra Social* evaluará el esquema de tratamiento que mejor se ajuste a las necesidades de la persona con discapacidad y su familia, y podrá solicitar documentación respaldatoria adicional si lo considera pertinente.
- Una vez autorizada la prestación el Equipo Interdisciplinario podrá realizar el seguimiento mediante visitas, llamadas o entrevistas con padres y/o profesionales e Instituciones.
- El período autorizado será posterior a la fecha de entrega de la documentación, **no se autorizará solicitudes retroactivas**, por favor envíe la documentación completa con anticipación para evitar demora en los trámites.
- La recepción de la documentación no implica que la cobertura ya esté autorizada. Si el prestador comienza a atender sin autorización, lo hace bajo su propia responsabilidad. La cobertura que haya tenido en períodos anteriores no garantiza su continuidad automática.
- En caso de Cambio de Prestador y/o Baja de prestación, el titular deberá informarlo por Nota, ver modelo “Solicitud por cambio de prestador” (**Form. pág 18**). La documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad, se autorizará por mes completo.
- Las autorizaciones son anuales o por ciclo lectivo y las mismas están sujetas a la situación afiliatoria y la Certificación de su discapacidad. (CUD vigente).
- Las prestaciones se autorizan a valor del Nomenclador Básico de Discapacidad vigente. Los aranceles se actualizan automáticamente cada vez que hay cambios oficiales.
- En ningún caso la emisión de la autorización implica el compromiso de pago. El mismo se encuentra sujeto al resultado del análisis pertinente, el cumplimiento de los requisitos exigidos y el control de situación afiliatoria del afiliado, que se efectuará en forma periódica.
- Es fundamental que los datos socio-familiares estén completos y legibles (ya que nos comunicaremos vía mail y/o teléfono para informar la autorización)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

TENER EN CUENTA ESTOS PUNTOS PARA AGILIZAR LOS TIEMPOS DE ANÁLISIS Y EVITAR RECLAMOS INNECESARIOS QUE ATRASEN SU TRÁMITE.

- El análisis se realiza sobre el caso completo (no prestación por prestación) y puede llevar hasta 20 días hábiles desde la confirmación de recepción de la documentación. Por ello, se recomienda enviarla con anticipación.
- Las solicitudes deben presentarse **completas**, sin tachaduras ni correcciones, en un archivo PDF legible por prestación (no se aceptan archivos editables) y debe enviarse al correo integracionsss@osperyh.org.ar

ASUNTO DEL CORREO: Nombre del afiliado - prestaciones que contiene en sus adjuntos

(Ej.: JUAN GÓMEZ - CUIL XXXX - EJ. FONOAUDIOLOGÍA, ESCUELA)

- Antes del envío verifique que todos los documentos **estén completos y firmados** de manera manuscrita (ológrafo) por el beneficiario y el profesional, donde corresponda. No es necesario entregar originales en papel; solo en caso de dificultad para escanear se podrán presentar en Sarmiento 2040, 4º piso. En este caso el análisis puede demorar más tiempo.



DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Del beneficiario

Recordar que a la documentación del beneficiario debe sumarse la documentación del prestador según corresponda

1. **Planilla de datos socio-familiares** completa, incluyendo teléfono y correo electrónico del responsable/tutor. (Ver modelo adjunto).
2. **Credencial digitalizada o digital** y DNI
3. **Certificado de discapacidad vigente emitido por Organismo Competente.**
4. **Cronograma de horarios** (ver form. pág 11)
5. **Constancia de alumno regular** indicando N° de CUE
6. **Resumen historia clínica actualizado firmado y sellado por médico tratante.** (Ver form. pag 13)
7. **Indicación médica de la prestación** firmada y sellada por médico tratante. (Ver modelo en pag 4)
8. **Conformidad prestacional** (ver form. pag 14).
9. **Constancia de domicilio** (expedida por autoridad competente) únicamente en casos de traslados superiores a 1500 km de recorrido total.

MODELOS DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

INSTITUCIONES <p>Nombre y Apellido DNI OBRA SOCIAL OSPERYH Afiliado/a DX.</p> <p>Solicito (Ej.) Centro Educativo Terapéutico / Jornada simple de enero 2026 a diciembre 2026 (En caso de solicitar dependencia, indicar y justificar)</p> <p>Firma Sello y Matrícula Fecha</p>	TERAPIAS <p>Nombre y Apellido DNI OBRA SOCIAL OSPERYH Afiliado/a DX.</p> <p>Solicito 2 sesiones semanales de psicología (Ej. indicar la terapia que solicita) de enero 2026 a diciembre 2026</p> <p>Firma Sello y Matrícula Fecha</p>
APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR <p>Nombre y Apellido DNI OBRA SOCIAL OSPERYH Afiliado/a DX.</p> <p>Solicito Apoyo a la integración escolar (equipo) / o Módulo Maestro de Apoyo</p> <p>(Especificar días y cantidad de horas) de marzo 2026 a diciembre 2026</p> <p>Firma Sello y Matrícula Fecha</p>	TRANSPORTE <p>Nombre y Apellido DNI OBRA SOCIAL OSPERYH Afiliado/a DX.</p> <p>Solicito transporte especial a escuela de lunes a viernes.</p> <p>Período: marzo 2026 a diciembre 2026 debido a que</p> <p>(FUNDAMENTAR el motivo de salud que impide al afiliado hacer uso del transporte público gratuito con un acompañante usando su pase)</p> <p>En caso de solicitar dependencia indicar y fundamentar</p> <p>Firma Sello y Matrícula Fecha</p>

⚠ Se recuerda que en los casos de tratamientos de Rehabilitación Ambulatoria (terapias) Por Mecanismo de Integración se cubrirán hasta 8 sesiones semanales (32 mensuales) incluidas todas las especialidades.

Documentación a presentar del prestador

INSTITUCIONES

- **Presupuesto (ver form. pág 15)**
- **Plan de abordaje individual** detallar período, objetivos y estrategias de intervención en los distintos contextos, fechado, firmado y sellado. Debe estar adaptado a las necesidades de la persona con discapacidad y cumplir los criterios establecidos.
- **Informe Inicial:** resultados de evaluación. **Nueva prestación o prestador**
- **Informe Evolutivo:** al inicio de la prestación, detallando abordaje, intervenciones y resultados.
- **Informe Evolutivo Semestral:** a los 6 meses de iniciada la prestación.
- **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores SSSalud, Servicio Nacional de Rehabilitación o Agencia Nacional de Discapacidad (Categorización)**
- **Constancia de Inscripción ARCA.** Para obtenerla ingrese [aquí](#).
- **Constancia de CBU legible emitida por el banco y datos de la cuenta bancaria.** Deben coincidir con la razón social (CUIT) de facturación.

SOLICITUD DE DEPENDENCIA

En caso de solicitar dependencia presentar *informe cuantitativo y cualitativo de la Escala FIM* (Medición de Independencia Funcional) confeccionada por un Licenciada/o en Terapia Ocupacional (ver modelo adjunto, pág 20/21) y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual, recordar que a su vez debe estar expreso en orden medica.

La prestación de **Almuerzo/Comedor** podrá solicitarse sólo en casos donde el beneficiario concurre en jornada simple. Para acceder a dicha prestación deberá estar aclarada la solicitud en la orden médica y el costo deberá estar desglosado dentro del presupuesto de la institución donde concurre.

Documentación a presentar del prestador

PROFESIONALES INDEPENDIENTES

- **Presupuesto prestacional (ver form. pág 15)**
- **Plan de abordaje individual** detallando período, objetivos y estrategias de intervención en los distintos contextos, fechado, firmado y sellado. Debe estar adaptado a las necesidades de la persona con discapacidad y cumplir los criterios establecidos.
- **Informe Inicial:** resultados de evaluación. **Nueva prestación o prestador**
- **Informe Evolutivo:** al inicio de la prestación, detallando abordaje, intervenciones y resultados.
- **Informe Evolutivo Semestral:** a los 6 meses de iniciada la prestación.
- **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores vigente** (Superintendencia de Servicios de Salud).
- **Constancia de Inscripción en ARCA** [aquí](#).
- **Constancia de CBU legible emitida por el banco y datos de la cuenta bancaria.** Deben coincidir con la razón social (CUIT) de la facturación.

Documentación a presentar del prestador

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Apoyo a la integración escolar Equipo

La prestación deberá cubrir tanto la adaptación curricular como el acompañamiento en el aula de acuerdo con las necesidades del alumno. El módulo contempla un mínimo de 8 horas semanales.

- **Presupuesto prestacional (ver form. pág 15)**
- **Plan de abordaje individual:** con adecuación curricular si corresponde, firmado y sellado por profesional/equipo tratante, cumpliendo criterios establecidos.
- **Informe Inicial:** resultados de evaluación. **Nueva prestación o prestador**
- **Informe Evolutivo:** al inicio de la prestación, detallando abordaje, intervenciones y resultados.
- **Informe Evolutivo Semestral:** a los 6 meses de iniciada la prestación detallando intervenciones según plan.
- **Acta de acuerdo:** firmada por familiar responsable/tutor, directivo escolar y prestador (ver form. pág 17)
- **Inscripción en Registro Nacional de Prestadores de la Agencia Nacional de Discapacidad**
- **Constancia de Inscripción en ARCA** [aquí](#).
- **Constancia de CBU legible emitida por el banco y datos de la cuenta bancaria**

Módulo Maestro de Apoyo

- **Título habilitante** (Profesora de Educación Especial, Lic. en Ciencias de la educación o Psicopedagogía).
- **Certificado analítico de materias legalizado (frente y dorso)**

Documentación a presentar del prestador

TRANSPORTE

1. **Presupuesto de transporte** en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme al mapa) y cronograma de traslado, con firma y aclaración del transportista y de la persona con discapacidad/responsable ([ver form. pág 16](#)).
2. **Conformidad y diagrama de traslados** firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
3. **Google maps con detalle de recorrido**
4. **Habilitación**
5. **Póliza de seguro vigente.**
6. **Verificación Técnica Vehicular.**
7. **Licencia de conducir** del chofer o de los choferes a cargo del vehículo.
8. **Constancia de Inscripción de ARCA.** Para obtenerla ingrese [aquí](#).
9. **Constancia de CBU**

Nota: No se podrá considerar la hora de espera ni los peajes.

SOLICITUD DE DEPENDENCIA

En caso de solicitar dependencia se deberá presentar informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia ocupacional. Junto al Presupuesto se deberá acompañar **una NOTA donde la empresa de transporte especifique los APOYOS UTILIZADOS PARA JUSTIFICAR EL COBRO ADICIONAL.**

Se reconoce dependencia a partir de los 6 años de edad, anterior a ello se considera por normativa cronológica. En todos los casos quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario. ([ver modelo adjunto, pág 20/21](#))

HOJA DE VERIFICACIÓN

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para autorizar prestaciones.

NOMBRE Y APELLIDO DNI

OBRA SOCIAL/ GERENCIADORA

PRESTACIÓN/TERAPIA

DOCUMENTACIÓN PERSONAL <small>(para todos los casos)</small> <input checked="" type="checkbox"/> Tildar lo que corresponda	<input type="checkbox"/> Certificado Único de Discapacidad (vigente). <input type="checkbox"/> Constancia de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el titular en caso de no estar escolarizado. <input type="checkbox"/> Conformidad por las prestaciones (Anexo II).	DEL MÉDICO <small>Tildar lo que corresponda</small> <input type="checkbox"/> Resumen de Historia Clínica. <input type="checkbox"/> Prescripciones Médicas.
DEL PRESTADOR <small>Tildar lo que corresponda</small>	<input type="checkbox"/> Informe de evaluación Inicial (sólo en caso de una nueva prestación). <input type="checkbox"/> Informe evolutivo de la prestación (para prestaciones ya solicitadas). <input type="checkbox"/> Plan de abordaje individual. <input type="checkbox"/> Presupuesto. <input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP). <input type="checkbox"/> Registro Nacional de Prestadores (RNP) <input type="checkbox"/> En caso de Institución: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores. <input type="checkbox"/> En caso de solicitar dependencia (Hogar, CET, Centros de Día, Transporte): Formulario F.I.M En caso de solicitar Apoyo Escolar: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"> CON EQUIPO <input type="checkbox"/> Acta Acuerdo. <input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular. </div> <div style="width: 45%;"> CON MAESTRA DE APOYO <input type="checkbox"/> Título Habilitante. <input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias. </div> </div>	
TRANSPORTE <small>Tildar lo que corresponda</small>	<input type="checkbox"/> Conformidad del Diagrama de Traslados. <input type="checkbox"/> Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo. <input type="checkbox"/> Presupuesto. <input type="checkbox"/> Mapa recorrido.	<input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP). <input type="checkbox"/> Constancia CBU emitida por el Banco. <input type="checkbox"/> VTV, licencia del conductor y póliza de seguro.

OBSERVACIONES

FORMULARIOS

CRONOGRAMA DE HORARIOS.....	11
PLANILLA DE DATOS SOCIO - FAMILIARES.....	12
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.....	13
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	14
PRESUPUESTO PRESTACIONAL.....	15
PRESUPUESTO DE TRANSPORTE.....	16
ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR.....	17
SOLICITUD CAMBIO/BAJA DE PRESTADOR.....	18
ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM).....	20
INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA FIM (FIM).....	21

CRONOGRAMA DE HORARIOS

AFILIADO (NOMBRE Y APELLIDO): _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Estimado/a Afiliado/a: Favor de completar la grilla con días y horarios de **todas** las prestaciones que se llevarán a cabo en la semana.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
8:30						
9:00						
9:30						
10:00						
10:30						
11:00						
11:30						
12:00						
12:30						
13:00						
13:30						
14:00						
14:30						
15:00						
15:30						
16:00						
16:30						
17:00						
17:30						
18:00						
18:30						
19:00						

PLANILLA DE DATOS SOCIO - FAMILIARES

DATOS DEL TITULAR

APELLIDO Y NOMBRE:			
DOMICILIO:			
LOCALIDAD:		CELULAR:	
EMAIL:			

DATOS DEL BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRE:		EDAD:	
DOMICILIO:			
LOCALIDAD:		TELÉFONO:	
DNI:		CUIL:	

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	VÍNCULO	OCCUPACIÓN

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas.
 Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Lugar de emisión: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA	
FECHA: _____ / _____ / _____	LUGAR:
DATOS DEL AFILIADO	
NOMBRE Y APELLIDO:	
DNI:	
DIAGNÓSTICO	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
ANTECEDENTES DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y/O EDUCATIVAS	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
PARÁMETROS FUNCIONALES ACTUALES	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE: _____	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mes _____ Año _____

Conformidad prestacional año 2026

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Yo _____ con documento tipo () _____

Nº _____ doy conformidad respecto de 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: _____

Periodo de la prestación desde: _____ hasta: _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación desde: _____ hasta: _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación desde: _____ hasta: _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo 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:

Vínculo con el beneficiario:

PRESUPUESTO PRESTACIONAL		
Fecha de emisión:	____/____/_____	
Razón social del prestador:		
CUIT:		
Domicilio donde se realiza la prestación:		
Email de contacto (legible):	Teléfono:	
Beneficiario:	DNI:	
Modalidad prestacional a brindar:		
Tipo de jornada a realizar:	Categoría:	
Periodo Desde:	Hasta:	Almuerzo (SI/NO): _____
Monto mensual:		
En caso de corresponder:		
Dependencia: SI / NO		
Matrícula anual:	Cantidad de sesiones mensuales:	
Monto por sesión: _____		

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación)						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma, aclaración y sello del prestador

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión: ____ / ____ / ____

Razón social del prestador: CUIT:

Email de contacto (legible): Teléfono:

Compañía de seguros: Póliza N°:

Beneficiario: DNI:

Periodo desde: Hasta:

Diagrama de traslado

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	KM por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Totales por Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): SI - NO En caso afirmativo adjuntar NOTA indicando apoyos utilizados.

Valor del km: _____

Monto mensual: _____

Firma y aclaración del transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de afiliado/DNI:

Yo _____ con documento (____) 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:

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:

Vínculo con el beneficiario:

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha:

En el dia de la fecha, en la ciudad de _____ se establece el presente acuerdo entre la escuela _____ N° de establecimiento (CUE) _____ con domicilio sito en _____ representada por _____, la Maestra de apoyo/el equipo de Apoyo a la integración Escolar representado por _____ y la familia del alumno _____ con DNI _____ representado por _____ para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año _____ Sala/Grado/Año _____ Turno _____ en los dias y horarios:

Desde el Periodo _____ Hasta _____ Año: _____.

La institución educativo y el/la Maestra de apoyo/Equipo de AIE se comprometen a:

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

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.

Firme en el cuadro de abajo:

Firma y sello de la escuela Común donde se brindara la atención	Firma del padre/madre/tutor	Firma y sello Maestro/a, Equipo AIE
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:

Lugar de emisión: _____ Fecha: _____

SOLICITUD CAMBIO/BAJA DE PRESTADOR

Completar todos los campos del formulario

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellido: _____

DNI: _____

BAJA DE PRESTACIÓN

Por medio de la presente solicito la baja de la prestación: _____

Prestador actual: _____

Fecha de baja: ____ / ____ / ____

NUEVA ALTA DE PRESTADOR (completar sólo en caso de cambio de prestador)

Solicito el alta de la siguiente prestación: _____

(si es cambio de prestador, indicar misma prestación)

Nuevo prestador: _____

Fecha de inicio: ____ / ____ / ____

Período: desde ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma: _____

Aclaración: _____

Parentesco: _____

DNI: _____

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Medida de Independencia Funcional

Nombre: Edad: DNI:
Nº de Beneficiario/a: Institución:

Medida de Independencia Funcional (FIM)	
Actividad	
Autocuidado	Puntaje
1 Comida (implica uso de utensilios, masticar, tragiar)	
3 Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4 Vestirse parte superior (implica vestirse de la cintura hacia arriba, asi como colocar ortesis o protesis)	
5 Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o protesis)	
6 Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y despues 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 posicion inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10 Transferencia de toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11 Transferencia a la ducha o bañadera (implica entrar y salir de la bañadera o ducha)	
Locomoción	
12 Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que esta 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. en TO:.....

Fecha:.....

INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA FIM (FIM)

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

2-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?

3-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.

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

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

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. 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, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9-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.

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

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

12- MARCHA/SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o

propulsar su silla de ruedas.

13- ESCALERAS: Implica subir o bajar escalones.

14- COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: 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 terapeúticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.

17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMA: Implica resolver problemas cotidianos.

18- 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 DE LIC. T.O / MÉDICO TRATANTE: _____

FECHA: _____