

Instructivo | Discapacidad

Hogar



Índice

1. [Gestión de Discapacidad](#)
2. [Servicios para personas con discapacidad en general sin familia y/o hábitat](#)
3. [Anexo 6](#)
4. [Anexo 7](#)
5. [Anexo 4](#)
6. [Descripción de las actividades](#)

1.

GESTIÓN DE DISCAPACIDAD | Contactos del equipo interdisciplinario

Teléfonos directos: (011) 5199-6262 / (011) 5199-7673.

Línea WhatsApp: +54 911 3244-3021.

Correo electrónico: discapacidad@ospedyc.org.ar

Horario de atención: lunes a viernes de 11 a 17 H.

Instructivo para cobertura de prestaciones del sistema básico para personas con Discapacidad – Año 2022

2. SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN GENERAL SIN FAMILIA Y/O HÁBITAT

HOGAR/HOGAR CON CENTRO DE DÍA/HOGAR CON CET (Centro Educativo Terapéutico):

Instituciones categorizadas:

1. Prescripción médica: la misma debe ser original. Indicando nombre, apellido, número de afiliado/a, diagnóstico del beneficiario/a y el período de cobertura del tratamiento a seguir (febrero a diciembre del 2022). LEGIBLE y con fecha ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

Debe indicar “Hogar permanente o de lunes a viernes con centro de día o centro educativo terapéutico”.

2. Consentimiento (**Anexo 6 “A”**).
3. Presupuesto (**Anexo 7**).
4. Plan de tratamiento original acorde al estado clínico del paciente con objetivos concretos y reales.
5. Informe final evolutivo (del período anterior finalizado) o informe de admisión.
6. Constancia de inscripción en AFIP.
7. 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).
8. Informe social confeccionado por Lic. Trabajo Social, profesional independiente, sin membrete ni sellos institucionales, que dé cuenta de la situación socioeconómica y familiar del afiliado/a.
9. Tabla FIM, (**Anexo 4**) en caso de corresponder dependencia.

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO – “A”

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Periodo Cielo Lectivo, Desde: Hasta:

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

ANEXO 7
PRESUPUESTO DE PRESTADOR

FECHA DE EMISIÓN _____ / _____ / _____

BENEFICIARIA/O

Apellido/s y nombre/s: _____ DNI: _____

Prestación/especialidad _____

Tipo de jornada a realizar: _____

Categoría: _____

Período: _____ Monto mensual: \$ _____ Monto por sesión: \$ _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (indicar el horario en cada día de asistencia)

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas
A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas

PRESTADOR

Apellido/s y nombre/s o entidad: _____

Domicilio de atención: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

 CBU (22 dígitos): _____ Tipo de cuenta: Caja de ahorro Cuenta corriente

Banco: _____ CUIT: _____

Condición frente al IVA: _____ Ingresos brutos: _____

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí referidos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

 Firma y sello

 Aclaración

ANEXO 4

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

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 un/una Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por el/la médico/a tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 años de edad de vida con escala FIM. La misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Tabla referencial de puntuación de niveles de independencia funcional

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin Ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Nombre y apellido del beneficiario/a:

DNI:

FIM TOTAL	Dominio	Categorías	Puntajes
126 puntos	Motor	AUTOCAUIDADO 1. Alimentación 2. Arreglo personal 3. Baño 4. Vestido parte superior 5. Vestido parte inferior 6. Uso de baño	
		CONTROL DE ESFÍNTERES 7. Control de vejiga 8. Control de intestino	
		MOVILIDAD 9. Traslado de la cama o silla de ruedas. 10. Traslado al baño 11. Traslado en bañera o ducha	
	91 puntos	AMBULACIÓN 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas. 13. Subir y bajar escaleras.	
	Cognitivo	COMUNICACIÓN 14. Comprensión 15. Expresión	
		CONOCIMIENTO SOCIAL 16. Interacción social 17. Solución de problemas 18. Memoria	
35 puntos			
		TOTAL	

6. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique el 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. USO DEL BAÑO

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

6. 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.

7. 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.

8. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS

Implica pasarse hacia una cama, silla o silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

9. TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

10. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha. Grado de participación del paciente.

11. MARCHA / SILLA DE RUEDAS

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está de pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

12. ESCALERAS

Implica subir y bajar escalones.

13. COMPRENSIÓN

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

14. EXPRESIÓN

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

15. INTERACCIÓN SOCIAL

Implica habilidades relacionadas con 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 sobre sí mismo y el entorno.

16.COMPRENSIÓN

Implica resolver problemas cotidianos.

17.EXPRESIÓN

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 neurolocomotores y cognitivos del paciente.

:

Fecha

Firma y sello del médico tratante