

Instructivo | Discapacidad

Transporte

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

TRANSPORTE

1. Prescripción médica: la misma debe ser original. Indicando nombre, apellido, número de afiliado/a, diagnóstico del beneficiario/a y el periodo de cobertura del tratamiento a seguir. LEGIBLE y con fecha ANTERIOR AL INICIO DEL TRANSPORTE.

Debe indicar la frecuencia, prestación a la que asiste, lugar de partida y destino. (Ejemplo: transporte especial 2 veces por semana desde su domicilio hacia fonoaudiología de febrero a diciembre 2022)

2. Planilla de solicitud de transporte. confeccionada por el médico. **(Anexo 9)** La aprobación del transporte especial privado se encuentra ligada a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte. En primer lugar, debe figurar "TRANSPORTE" como orientación prestacional dentro del CUD, en segundo lugar, dicho pedido de imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte deberá estar justificado por el médico de cabecera en cuanto aspectos clínicos, sociales y /o conductuales
3. Consentimiento **(Anexo 6 "C" Transporte)** firmado por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
4. Presupuesto **(Anexo 8)**.
5. Habilidad, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir (vigentes), deben pertenecer al mismo prestador/razón social. Caso contrario se deberá enviar nota aclaratoria.
6. Impresión de recorrido en mapa Google o formato similar debidamente firmado y sellado por prestador (se gestiona a través de www.maps.google.com.ar).
7. Constancia de inscripción en AFIP.
8. Tabla FIM, **(Anexo 4)** en caso de corresponder dependencia. 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.

ANEXO 9 – PLANILLA DE SOLICITUD DE TRANSPORTE

Nombre y Apellido del beneficiario:

D.N.I: _____

Actividad laboral de los padres

| | Nombre y Apellido | Actividad |
|-------|-------------------|-----------|
| | Turno/Horario | |
| Madre | | |
| Padre | | |

| Nombre | Edad | Actividad | Turno/Horario |
|--------|------|-----------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Hermanos

Diagnóstico

DSMIV-CIEX

Deficiencia

Justificación médica de la solicitud

Firma y Sello del profesional Médico Tratante

ANEXO 6 – CONSENTIMIENTO – “C”

DISCAPACIDAD - TRANSPORTE
DIAGRAMA DE TRASLADOS
CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

TRASLADOS

| PARTIDA | DESTINO | VIAJES/DIA | KM/VIAJE | IMP(\$)/KM | IMP(\$) DIARIO |
|---------|---------|------------|----------|------------|-------------------|
|---------|---------|------------|----------|------------|-------------------|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Dependencia (S/N): _____ Monto mensual (\$) _____

Periodo traslados, Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

| DIAS | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Observaciones

Firma Responsable del Transporte

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

ANEXO 8 – PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión:...../...../.....

Beneficiario Causante: _____
DNI: _____

Prestación a brindar Transporte Especial a: _____ Período: _____

Ida:

Desde _____ Hasta: _____
Km. Por viaje: _____

Vuelta:

Desde _____ Hasta: _____
Km. Por viaje: _____

Cronograma:

| DÍA y HORARIO | Km. Ida | Km. Vuelta | Km Ida + Vuelta |
|---------------|---------|------------|-----------------|
| Lunes | | | |
| Martes | | | |
| Miércoles | | | |
| Jueves | | | |
| Viernes | | | |
| Sábado | | | |

Días mensuales (hasta) _____

Monto por Km.: _____

Total de Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (sujeto a Evaluación): _____

MONTO MENSUAL: _____

Prestador:

Domicilio: Teléfono: _____

Mail _____ de _____ contacto: _____

Compañía _____ de _____ Seguro: _____ Póliza _____ Nº: _____

CBU: _____

Tipo _____ de _____ Cuenta _____ y _____ Banco: _____

CUIT: Condición frente al IVA: _____

Ing. Brutos: _____

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

Firma

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 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 médico 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 | AUTOCUIDADO 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 año 11. Traslado en bañera o ducha | | |
| | | 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 | | |
| | | | TOTAL | |

3. 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 Ostromía.

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, 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.

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. Ej. 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 o
Terapista ocupacional