

Instructivo | Discapacidad

Hogar

Índice

1. [Servicios para personas con discapacidad en general sin familia y/o hábitat](#)
2. [Anexo 6A](#)
3. [Anexo 7](#)
4. [Anexo 4](#)

Instructivo para cobertura de prestaciones del sistema básico para personas con discapacidad.

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- Orden médica: la misma debe ser original, indicando nombre, apellido, número de afiliado/a, diagnóstico y período de cobertura del tratamiento a seguir (año calendario) y con fecha de prescripción anterior al periodo solicitado.

Por ejemplo: "Hogar permanente con centro de día de enero a diciembre 2027".

2- Consentimiento (**Anexo 6 "A"**).

3- Presupuesto (**Anexo 7**).

4- Plan de tratamiento original acorde al estado clínico del/la paciente con objetivos concretos y reales.

5- Informe final evolutivo (del periodo anterior finalizado) o informe de admisión.

6- Constancia de inscripción en ARCA.

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 beneficiario/a.

9- Tabla FIM, (**Anexo 4**) en caso de corresponder dependencia.

3. Anexo 6A

ANEXO 6A INSTITUCIONES PLAN DE CONSENTIMIENTO		 OSPEDYC La Obra Social de UTEDEC			
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN	_____ / ____ / ____				
PRESTADOR					
Razón Social: _____ Domicilio de atención: _____ Localidad/Provincia: _____ Teléfono: _____					
BENEFICIARIA/O					
Apellido/s y nombre/s: _____ DNI - LC - LE: _____					
PRESTACIONES A BRINDAR (SEGÚN MECANISMOS DE INTEGRACIÓN)					
_____ _____ _____					
Tipo de jornada: Simple ☐ Doble ☐ Dependencia (S/N) _____					
Matrícula: \$ _____ Monto mensual: \$ _____ Categoría: _____ Período ciclo lectivo: Desde _____ Hasta _____					
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.
EN CASO DE DEPENDENCIA, INDICAR LOS APOYOS BRINDADOS:					
_____ _____ _____					
_____ Firma responsable de la Institución			_____ Aclaración		
CONSENTIMIENTO					
Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario/a _____ DNI: _____ N° de beneficiario/a _____					
_____ Firma beneficiario/a o representante		_____ Aclaración		_____ DNI firmante	
_____ Lugar y fecha de consentimiento					

F. 7006-A

4. Anexo 7

ANEXO 7 PRESUPUESTO DE PRESTADOR		 OSPEDYC La Obra Social de UTEDYC			
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		

5. Anexo 4

Página 1 de 5. Se deben completar todas las páginas.

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 brindarán.

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).

Página 2 de 5. Se deben completar todas las páginas.

ANEXO 4 MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)		 La Obra Social de UTEDYC	
FECHA DE EMISIÓN		_____ / _____ / _____	
BENEFICIARIA/O			
Apellido y nombre: _____ DNI: _____			
FIM TOTAL	DOMINIO	CATEGORÍAS	PUNTAJE
126 PUNTOS	MOTOR 91 PUNTOS	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 baño. 11. Traslado en bañera o ducha.	
		AMBULACIÓN 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas. 13. Subir y bajar escaleras.	
	COGNITIVO 35 PUNTOS	COMUNICACIÓN 14. Comprensión. 15. Expresión.	
		CONOCIMIENTO SOCIAL 16. Interacción social. 17. Solución de problemas. 18. Memoria.	
		TOTAL	

Página 3 de 5. Se deben completar todas las páginas.

ANEXO 4 MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)		 La Obra Social de UTEDYC	
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/la 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:			
El baño corporal, ¿requiere supervisión o asistencia? ¿Cuál es el grado de participación del/la 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.			

Página 4 de 5. Se deben completar todas las páginas.

ANEXO 4 MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)	
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
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 ----- -----	

Página 5 de 5. Se deben completar todas las páginas.

ANEXO 4 MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)



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/la 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/a y el entorno.

16. COMPRENSIÓN

Implica resolver problemas cotidianos.

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/la paciente.

Fecha

Firma y sello del/la médico/a tratante