

Instructivo | Discapacidad

Transporte

Instructivo para cobertura de prestaciones del sistema básico para personas con Discapacidad - TRANSPORTE

1- Orden médica: la misma debe ser original, indicando nombre, apellido, número de beneficiario/a, diagnóstico, indicar dependencia (en caso de corresponder), período de cobertura del tratamiento (año calendario) y con fecha de prescripción anterior al periodo solicitado.

Por ejemplo: "Solicito transporte especial desde domicilio a tratamientos de rehabilitación desde enero a diciembre 2027".

Por ejemplo: "Solicito transporte especial desde domicilio a escuela especial desde marzo a diciembre 2027".

Información importante:

En caso de superar los 1500 km mensuales total de traslado, será necesario presentar:

- Certificado policial de domicilio (se realiza también en el registro civil).
- Carta de justificación realizada por alguno de los padres, donde se detalle el motivo y las causas por las cuales deberá recorrer tantos km hacia la institución seleccionada y no asistir a una más cercana a su domicilio.

2- Planilla de solicitud de transporte confeccionada por el/la médico/a (**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/la médico/a 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- Habilitación, 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 Google Maps o formato similar debidamente firmado y sellado por prestador (se gestiona a través de www.maps.google.com.ar).

7- Constancia de inscripción en ARCA.

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

ANEXO 9

PLANILLA DE SOLICITUD DE TRANSPORTE



Fecha: _____

Apellido y nombre del beneficiaria/o: _____

DNI - LC - LE: _____

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES

	Apellido y nombre:	Edad:	Actividad:	Turno/horario:
Madre:	_____	_____	_____	_____
Padre:	_____	_____	_____	_____

Hermanos: _____

Diagnóstico: _____

DSMIV-CIEX: _____

Deficiencia: _____

Justificación médica de la solicitud: _____

Firma y sello del profesional médico tratante.

ANEXO 6C

ANEXO 6C

DIAGRAMA DE TRASLADOS

CONSENTIMIENTO



LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

PRESTADOR

Razón Social:

Domicilio de atención:

Localidad/Provincia:

Teléfono:

BENEFICIARIA/O

Apellido/s y nombre/s:

DNI - LC - LE:

TRASLADOS

Partida:	Destino:	Viajes/Día	Km/viaje	\$/Km	\$ diario

Dependencia (S/N)

Monto mensual: \$

Período de traslado: Desde:

Hasta:

CRONOGRAMA DE TRASLADOS

Marcar con una cruz los días de traslado

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

SÁBADO

EN CASO DE DEPENDENCIA, INDICAR LOS APOYOS BRINDADOS:

CONSENTIMIENTO

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

DNI:

N° de beneficiario/a

F. 7006-C
Obra Social del Personal de Entidades Deportivas y Civiles | Registro Nacional de las Obras Sociales N°1-0600-5 (salud)
Alberti 646 (C1223AAD) Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 0800 345 6773 | info@ospedyc.org.ar | www.ospedyc.org.ar

ANEXO 8

ANEXO 8 PRESUPUESTO DE TRANSPORTE		 La Obra Social de UTEDYC				
FECHA DE EMISIÓN		____/____/____				
BENEFICIARIA/O						
Apellido/s y nombre/s: _____		DNI: _____				
Prestación a brindar: Transporte especial a _____		Período: _____				
IDA						
Desde: _____		_____				
Hasta: _____		Km por viaje: _____				
VUELTA						
Desde: _____		_____				
Hasta: _____		Km por viaje: _____				
CRONOGRAMA						
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Horario:						
Km ida:						
Km vuelta:						
Km totales:						
Dependencia: Si ☐ NO ☐ Dias mensuales (hasta): _____ Monto por km: _____ Total de Km mensuales: _____						
PRESTADOR						
Apellido/s y nombre/s o entidad: _____						
Domicilio de atención: _____				Teléfono: _____		
Compañía de seguro: _____				N° de póliza: _____		
Correo electrónico: _____						
Banco: _____				Tipo de cuenta: Caja de ahorro ☐ Cuenta corriente ☐		
CBU (22 dígitos): _____						
Condición frente al IVA: _____				CUIT: _____ 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		

F. 7008

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	

F. 7004

2/5

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

ANEXO 4 MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)	
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/la 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/la 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)		 OSPEDYC <i>La Obra Social de UTEDYC</i>
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