



#### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR MÉDICO/A TRATANTE:

Toda planilla a completar por el médico/a tratante, debe confeccionarse con misma letra y tinta azul, sin enmiendas ni tachaduras. Asimismo solo un médico/a deberá confeccionar todas las planillas que le correspondan.

Las indicaciones médicas y el resumen de historia clínica deberán ser completado en los modelos adjuntos.

- **Resumen de Historia Clínica** con diagnóstico de la patología incapacitante. Debe constar la fecha, firma y sello del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- **Indicación médica** con firma, sello con tipo y número de matrícula del médico/a tratante. Para cada prestación se debe indicar: nombre, apellido, DNI, diagnóstico, prestación, frecuencia, período, modalidad prestacional y de concurrencia. La prescripción del tratamiento **no deberá ser realizada por un médico/a de la institución en la que se efectuaran las prestaciones.** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO, SEGÚN CORRESPONDA).
- **Formulario FIM** (confeccionado por Lic. en Terapia Ocupacional y/o médico tratante). (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte, se deberá presentar el Formulario FIM, confeccionada por médico/a tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional.

En caso de solicitar dependencia para las prestaciones, se deberá presentar el Formulario FIM, confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional.

**De no ser así, será motivo de rechazo y deberá rehacerse la documentación.**

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

### COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor/a: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora).

---

---

---

---

Antecedentes significativos de la Historia Clínica.

---

---

---

---

Datos significativos del Examen Clínico / Evolución del paciente en el último año.

---

---

---

---

Valoración por escala FIM / Puntaje total (completar ficha).

---

---

---

---

En relación a la alimentación / vestido / limpieza, la persona es: \_\_\_\_\_

Dependiente     Autovalido

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Firma ológrafa (puño y letra). \_\_\_\_\_    Sello: \_\_\_\_\_

## PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

(Psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, estimulación temprana, etc.)

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones semanales: \_\_\_\_\_

Período:

Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma ológrafa del médico/a tratante (puño y letra). \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

## PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES TERAPÉUTICAS – EDUCATIVAS

En caso de escuelas especiales, apoyo a la integración, maestra/o de apoyo, formación laboral, Centro de Día, CET, Hogares, etc)

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de jornada: Simple \_\_\_\_\_ Doble \_\_\_\_\_

(En caso de escolaridad especial / CET / Centro de día / Formación laboral / Hogares, etc)

Dependencia: Sí  No

(En caso de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico)

Periodo:

Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma ológrafa del médico/a tratante (puño y letra). \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

## PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE ESPECIAL

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicar destino / prestación: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

Dependencia: Sí  No

### JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DEL TRANSPORTE:

*(Justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Período:

Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma ológrafa del médico/a tratante (puño y letra). \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

## MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y nombre del beneficiario/a: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	PUNTAJE
<b>Autocuidado</b>	
<b>01_Comida</b> (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
<b>02_Aseo</b> (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
<b>03_Bañarse</b> (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
<b>04_Vestirse parte superior</b> (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
<b>05_Vestirse parte inferior</b> (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
<b>06_Uso del baño</b> (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
<b>Control de esfínteres</b>	
<b>07_Controlar intestinos</b> (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
<b>08_Controlar vejig</b> (implica el control completo e internacional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para le evacuación como sondas etc.)	
<b>Movilidad - transferencia</b>	
<b>09_Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama</b> (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla o cama y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie)	
<b>10_Transferencia a toilet</b> (implica sentarse y salir del inodoro)	
<b>11_Transferencia a la ducha o bañera</b> (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
<b>Locomoción</b>	
<b>12_Marcha / silla de ruedas</b> (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
<b>13_Escaleras</b> (implica subir y bajar escalones)	
<b>Comunicación</b>	
<b>14_Comprensión</b> (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
<b>15_Expresión</b> (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
<b>Conexión</b>	
<b>16_Interacción Social</b> (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales. Respetar límites.	
<b>17_Resolución de Problemas</b> (implica resolver problemas cotidianos)	
<b>18_Memoria</b> (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
<b>Puntaje FIM total:</b> _____	

Puntaje \_\_\_\_\_

Independiente \_\_\_\_\_

7\_Independiente total

6\_Independiente con adaptaciones

5\_Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)

4\_Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)

3\_Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)

2\_Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)

1\_Requiere asistencia total (sujeto aporta menos del 25%)

**Todos los ítems se deben calificar.**

**Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita 2 ayudantes, se califica con un 1.**

Sello y firma ológrafa del profesional evaluador (puño y letra). \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_