

INSTRUCTIVO DE DISCAPACIDAD 2027



Dirección de
Obra Social



Servicio
Penitenciario
Federal

Índice

Instructivo	3
Formulario 1 – Indicación médica	13
Formulario 2 – Resumen de historia clínica	15
Formulario 3 – Cronograma semanal	17
Formulario 4 – Presupuesto año 2027	18
Formulario 5 – Presupuesto transporte	20
Formulario 6 – Conformidad prestacional	21
Formulario 7 – Conformidad transporte	22
Formulario 8 – Acta de acuerdo	23
Formulario 9 – Escala FIM (Medida de Independencia Funcional)	24
Formulario 10 – Nota de solicitud de cambio de prestador	26
Formulario 11 – Acompañante terapéutico – Plan de trabajo	27
Formulario 12 – Cuidador domiciliario – Plan de trabajo	28



INSTRUCTIVO DE DISCAPACIDAD 2027

INTRODUCCIÓN

Las prestaciones por discapacidad se encuentran reguladas por la Ley 24.901 “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” y lo establecido en el marco básico de “Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos” RE-1328/2006, normativas complementarias y consecutivas.

La cobertura de las prestaciones por discapacidad es bajo la modalidad de reintegro, no contando la Dirección de Obra Social del Servicio Penitenciario Federal con prestadores propios o convenidos. Para facilitar la búsqueda del prestador por parte del afiliado o de quien lo represente, puede accederse al registro de prestadores de la Secretaría Nacional de Discapacidad.

Los prestadores propuestos deben encontrarse categorizados en el Registro de Prestadores de la Secretaría Nacional de Discapacidad, exceptuando de dicho requisito a los profesionales que brindan prestaciones de apoyo (psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, entre otras), siempre que no se lleven a cabo en el marco de un Módulo de Rehabilitación Simple o Módulo de Rehabilitación Intensivo.

La aprobación de los Planes de Tratamiento de prestaciones por discapacidad no es de renovación automática. Es necesario presentar la documentación cada año calendario, teniendo en cuenta que el médico tratante puede indicar un nuevo esquema prestacional en función de la evolución en el tratamiento. **Es responsabilidad del afiliado y/o quien lo represente la presentación de la documentación en los plazos previstos, para garantizar el inicio o la continuidad del tratamiento. Las tramitaciones sólo pueden ser iniciadas por el afiliado o su representante, no así por el prestador.** Se sugiere adjuntar toda la documentación en un único expediente.

Para garantizar la Cobertura durante el Periodo 2027, deberán presentar la documentación entre 60 y 90 días previos al período fijado para el Inicio del Tratamiento. La Junta Interdisciplinaria de Dictámenes en Discapacidad no podrá autorizar Planes de Tratamiento para períodos anteriores a la fecha de la carátula del expediente. A modo de ejemplo, si el Plan de Tratamiento está indicado a partir del mes de febrero 2027, el expediente debe estar caratulado al menos en noviembre 2026.

Se admite la presentación del Plan de Tratamiento, aunque no se acompañe la documentación de todas las prestaciones indicadas. Sin embargo, por cada prestación debe adjuntarse la totalidad de la documentación (VER REQUISITOS). Por ejemplo, si el médico indica módulo de apoyo a la integración escolar y psicología, y al momento el afiliado/familiar sólo presentará la documentación correspondiente a psicología, debe adjuntar todos los documentos que se requieren para dicha prestación (psicología).

Una vez caratulado el expediente por Plan de Tratamiento, si de la auditoría de la Junta Interdisciplinaria de Dictámenes en Discapacidad surge que el afiliado debe acompañar documentación faltante o nueva documentación, se respetará la fecha de la carátula del expediente siempre que se cumplimente lo solicitado en un plazo **no mayor a los 30 días**.

Sin perjuicio de lo establecido en el presente instructivo, la Dirección de Obra Social podrá introducir durante el período 2027 las adecuaciones que correspondan en función de las modificaciones legales y reglamentarias en materia de discapacidad que entren en vigencia y le resulten aplicables, incluidas aquellas relativas a la cobertura prestacional y a los alcances y aranceles de las nomencadas.

Presentación de la documentación: DIVISIÓN DISCAPACIDAD (SUBSUELO DE LA D.O.S.), SUBSEDES DE LA DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL.

IMPORTANTE

La División Discapacidad dispone de un área de Orientación y Promoción, destinada a brindar asesoramiento sobre la gestión del Plan de Tratamiento y la inclusión al Régimen de Discapacidad.

Para solicitar una consulta, ingresar a la web y seleccionar la especialidad “DISCAPACIDAD – ORIENTACIÓN”. Allí se podrán elegir la modalidad de atención (presencial o virtual), junto con el día y el horario disponibles.

TRÁMITES QUE SE REALIZAN EN LA DIVISIÓN DISCAPACIDAD

Las prestaciones contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, conforme a la normativa vigente (<https://www.argentina.gob.ar/files/ley-24901-discapacidadpdf>).

Y las siguientes PRESTACIONES NO NOMENCLADAS

- Acompañante Terapéutico.
- Cuidador Domiciliario.

INCLUSIÓN AL RÉGIMEN DE DISCAPACIDAD

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Del afiliado que requiere la inclusión:

- DNI (original y fotocopia)
- Carnet de la Obra Social (fotocopia)
- CUD VIGENTE (original y fotocopia)

Del titular de la Obra Social:

- DNI (fotocopia) *
- Carnet de la Obra Social o constancia de afiliación

*Cuando se imposibilita su presentación, de la persona que inicia el trámite (madre, padre, figura de apoyo, etc.)

IMPORTANTE: Actualizar el CUD previo a la fecha indicada en el documento (vencimiento, actualización), teniendo en cuenta que la vigencia del CUD es requisito para permanecer incluido en el régimen de discapacidad y la continuidad de la cobertura de las prestaciones por discapacidad.

CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD (C.U.D.)

Es un documento público y gratuito.

Se realiza en la jurisdicción (MUNICIPIO O COMUNA) correspondiente al domicilio que figura en el DNI del afiliado con discapacidad (independientemente de su lugar de residencia).

Para más información:

CONSULTAR REQUISITOS: <https://www.argentina.gob.ar/cud/consulta-de-requisitos-para-tramitar-el-cud>

PLAN DE TRATAMIENTO

Las órdenes médicas y la historia clínica deben ser completadas por médico cuya especialidad corresponda a la edad y la condición de salud del afiliado.

La fecha de la emisión de las órdenes médicas debe ser anterior a la fecha del inicio del tratamiento.

-La Junta Interdisciplinaria de Discapacidad podrá solicitar, previo a la autorización de los planes iniciales de tratamiento, una entrevista de admisión, cuando lo considere necesario a fin de evaluar la pertinencia de las prestaciones solicitadas y establecer los criterios de intervención correspondientes-

REQUISITOS - DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Para evitar demoras en la aprobación del Plan de Tratamiento, previo al inicio del trámite, chequear si se cuenta con toda la documentación requerida para cada prestación.

IMPORTANTE: NO se admitirá documentación parcial o documentación vencida (DNI, RNP, CUD, VTV, SEGUROS, LICENCIA DE CONDUCIR, MATRÍCULA PROFESIONAL, entre otros).

PASO 1: DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA TODAS LAS PRESTACIONES (9 documentos)

Presentar estos documentos para todas las prestaciones.

1. Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente: Fotocopia.
2. DNI del Titular de la obra social o de quien representa al afiliado: Fotocopia (frente y dorso).
3. Carnet del Titular de la Obra Social: Fotocopia o Constancia de Afiliación.
4. DNI del Afiliado (quien recibe la prestación) vigente: Fotocopia (frente y dorso).
5. Carnet del Afiliado: Fotocopia o Constancia de Afiliación.
6. Acta de Conformidad: Completada y firmada por el Afiliado que recibe la prestación o quien lo representa (padre, madre, apoderado, figura de apoyo). FORMULARIO N° 6.
7. Indicación Médica. (FORMULARIO N° 1) - Ver PASO N° 2.
8. Resumen de Historia Clínica: El médico puede realizarlo en un recetario médico o en el formulario que se encuentra en el instructivo.

Debe contener los datos personales del afiliado (nombre y apellido, fecha de nacimiento, número de documento, número de afiliado), diagnóstico, evolución y condición actual, tratamientos realizados y resultados obtenidos (FORMULARIO N° 2).

9. Cronograma de Horarios: Con todas las actividades que realiza el Afiliado, incluyendo horario de colegio, módulo de apoyo a la integración escolar, acompañante terapéutico, maestra de apoyo y terapias, actividades recreativas/artísticas/deportivas, transporte (contemplado tiempo de viaje), entre otras. Lo completa el Afiliado o quien lo representa (madre, padre, figura de apoyo, apoderado). (FORMULARIO N° 3).

10. ESCALA FIM: SOLO CUANDO SE SOLICITA ALGUNA PRESTACION CON DEPENDENCIA,

realizada por "Lic. En Terapia Ocupacional o Profesional habilitado a esos fines"

PASO 2: INDICACIÓN MÉDICA

Estos documentos deben ser completados por el médico tratante:

Presentar **una orden original por cada prestación** que se solicita. El médico puede realizarla en un recetario médico o en el formulario que se encuentra en el Instructivo (FORMULARIO N° 1). Si el profesional opta por realizar la indicación en el FORMULARIO N° 1, podrá registrar en un único documento todas las prestaciones indicadas.

La indicación médica debe contener por lo menos estos (5) datos:

- **Nombre y Apellido, número de documento y credencial del afiliado.**
- **Prestación que se solicita.**
- **Período.** Cuando corresponda, tipo/modalidad, cantidad, frecuencia y dependencia.
- **Fecha de emisión.**
- **Firma y sello del médico tratante.**

Dr. (nombre y apellido)
Rp.
Afiliado: (nombre y apellido, DNI, Credencial O. Social)
Se solicita la continuidad de la prestación de Psicología, (1) sesión semanal, durante el período 2027 (marzo a diciembre).
Firma y sello del profesional
Matrícula
Fecha en la que se realiza la indicación

PASO 3: DOCUMENTACIÓN SEGÚN EL TIPO DE PRESTACIÓN O TRATAMIENTO

Buscar únicamente la sección que corresponda a las prestaciones indicadas.

PRESTACIONES DE APOYO (Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicomotricidad, entre otras). (8 documentos)

1. **DNI del profesional:** Fotocopia (frente y dorso).
2. **Título habilitante.**
3. **Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente.**
4. **Matrícula profesional vigente.**

5. **Seguro de Responsabilidad Civil vigente**, con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.
6. **Plan de tratamiento / abordaje**, con firma y sello del profesional y fecha de emisión.
7. Evaluación inicial (inicio de tratamiento) o Informe evolutivo (continuidad de tratamiento), con firma y sello del profesional y fecha de emisión.
8. **Presupuesto**: Debe contener los datos del afiliado (nombre y apellido, número de documento y credencial de la obra social), el domicilio donde se realiza el tratamiento, teléfono y correo electrónico del prestador, el período, la frecuencia, los días y horarios de atención, el presupuesto, la firma y el sello del profesional. El profesional podrá consignar el monto exacto o que "el monto facturado se ajustará al **Nomenclador de Discapacidad**, aprobado originalmente mediante la Resolución N° 428/1999 del Ministerio de Salud y que se actualiza periódicamente por el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, en cumplimiento de la Ley N° 24.901 y sus modificatorias". Podrá utilizar el FORMULARIO N° 4.

Observaciones: Cuando la prestación se lleva a cabo fuera del consultorio debe adjuntarse, además, la habilitación del establecimiento en el cual se llevará a cabo la prestación.

Si las prestaciones de apoyo se brindarán bajo la modalidad "Módulo Integral Simple" o "Módulo Integral Intensivo", deberá presentarse la siguiente documentación:

MÓDULO INTEGRAL SIMPLE / MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO (6 documentos)

1. **Plan de tratamiento / abordaje individual por cada prestación de apoyo**, con firma, sello y fecha de emisión.
2. **Evaluación inicial** (inicio de tratamiento) o Informe evolutivo (continuidad de tratamiento) por cada prestación de apoyo, con firma, sello y fecha de emisión.
3. **Comprobante de categorización en la Secretaría Nacional de Discapacidad**. (Inscripción en el Registro de Prestadores).
4. **Seguro de la institución vigente** con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.
5. **Habilitación**: Certificado o Resolución Municipal de habilitación al uso.
6. **Presupuesto**: Debe contener los datos del afiliado (nombre y apellido, número de documento y credencial de la obra social), el domicilio donde se realiza el tratamiento, teléfono y correo electrónico del prestador, el período, la frecuencia, los días y horarios de atención, el presupuesto, la firma y el sello del prestador. El prestador podrá consignar el monto exacto o que el monto facturado se ajustará al Nomenclador de Discapacidad, aprobado originalmente mediante la Resolución N° 428/1999 del Ministerio de Salud y que se actualiza periódicamente por el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, en cumplimiento de la Ley N° 24.901 y sus modificatorias. Puede completarse en el FORMULARIO N° 4.

MÓDULO INTEGRAL SIMPLE / MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO son **incompatibles** entre sí. **El MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO** es incompatible con **PRESTACIONES DE APOYO ***

ESTIMULACIÓN TEMPRANA (6 documentos)

Si bien la prestación abarca desde el nacimiento hasta los 4 años, puede extenderse hasta los 6 años de acuerdo con la edad de inicio. No obstante, durante el primer año de vida los tratamientos de estimulación temprana deben cubrirse a través del Plan Materno Infantil conforme al PMO (Resolución 1511/2012).

1. **Plan de tratamiento / abordaje individual por cada prestación de apoyo**, con firma y sello de la Institución o profesional, y fecha de emisión.
2. **Evaluación inicial** (inicio de tratamiento) o Informe evolutivo (continuidad de tratamiento) por cada prestación de apoyo, con firma y sello del director de la Institución y del profesional y fecha de emisión.
3. **Comprobante de categorización en la Secretaría Nacional de Discapacidad** (Inscripción en el Registro de Prestadores).
4. **Seguro vigente** con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.
5. **Habilitación**: Certificado o Resolución Municipal de habilitación al uso.
6. **Presupuesto**: Debe contener los datos del afiliado (nombre y apellido, número de documento y credencial de la obra social), el domicilio donde se realiza el tratamiento, teléfono y correo electrónico del prestador, el período, la frecuencia, los días y horarios de atención, el presupuesto, la firma y el sello del prestador. El prestador podrá consignar el monto exacto o que el monto facturado se ajustará al Nomenclador de Discapacidad, aprobado originalmente mediante la Resolución N° 428/1999 del Ministerio de Salud y que se actualiza periódicamente por el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, en cumplimiento de la Ley N° 24.901 y sus modificatorias. Puede completarse en el FORMULARIO N° 4.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA: no es compatible con prestaciones de apoyo, Módulo Integral Simple, Módulo integral Intensivo, Centro de Día y/o CET *

ESCOLARIDAD ESPECIAL (Escuela Pre Primaria, Escuela Primaria, Formación Laboral),
APRESTAMIENTO LABORAL, CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO, CENTRO DE DÍA. (7 documentos).

NO PUEDEN SOLICITARSE DE MANERA SIMULTÁNEA LAS SIGUIENTES PRESTACIONES:

Escuela Especial y Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (SAIE) o Módulo Maestra de Apoyo o Maestra de Apoyo.
 CET y prestaciones de apoyo contempladas en el CET. CET y Módulo Integral Intensivo o Simple.
 CET Jornada Doble con Escuela Especial.

1. **Constancia de alumno regular o reserva de vacante.**
2. **Póliza de seguro institucional vigente**, con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.
3. **Comprobante de categorización en la Secretaría Nacional de Discapacidad** (Inscripción en el Registro de Prestadores).
4. **Habilitación:** Certificado o Resolución Municipal de habilitación al uso.
5. **Presupuesto** con valores acordes a la Resolución Ministerial vigente.
6. **Plan de trabajo** con objetivos específicos individualizados. Debe contener los datos institucionales (domicilio, teléfonos y correo electrónico de contacto) y del afiliado.
7. **Evaluación inicial** (inicio de tratamiento) **o Informe evolutivo** (continuidad de tratamiento), con firma y sello del profesional.

INCLUSIÓN EDUCATIVA:

NO PUEDEN SOLICITARSE DE MANERA SIMULTÁNEA LAS SIGUIENTES PRESTACIONES:

- **Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (SAIE) con Módulo Maestra de Apoyo y/o Maestra de Apoyo.**
- **Módulo Maestra de Apoyo y Maestra de Apoyo**

MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (SAIE) (9 documentos)

1. **Constancia de alumno regular o reserva de vacante.**
2. **Comprobante de categorización del Centro en la Secretaría Nacional de Discapacidad** (Inscripción en el Registro de Prestadores).
3. **Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso.**
4. **Presupuesto** con valores acordes a la Resolución Ministerial vigente.
5. **Seguro de la Institución vigente**, con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.
6. En caso de corresponder: **Proyecto Pedagógico Individual (PPI).**
7. **Acta Acuerdo:** debe completarse en el FORMULARIO N° 8 del instructivo de Discapacidad.
8. **Plan de trabajo:** Con objetivos específicos y aclaración del domicilio en el que se lleva a cabo la prestación (firmado y sellado por representante del Centro de Inclusión).
9. **Evaluación inicial** (inicio de tratamiento) **o Informe evolutivo** (continuidad de tratamiento), con firma y sello del profesional/institución.

MAESTRA DE APOYO (hasta 6 horas semanales máximo) (7 documentos)

1. **Copia de DNI** del profesional a cargo (frente y dorso).
2. **Título habilitante.**
3. **Seguro vigente**, con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.
4. **Constancia de alumno regular y/o reserva de vacante.**
5. **Plan de trabajo:** Con objetivos específicos y aclaración del domicilio en el que se lleva a cabo la prestación (firmado y sellado por el profesional).
6. **Evaluación inicial** (inicio de tratamiento) **o Informe evolutivo** (continuidad de tratamiento), con firma y sello del prestador.
7. **Presupuesto:** Debe contener los datos del afiliado (nombre y apellido, número de documento y credencial de la obra social), el domicilio donde se realiza el tratamiento, teléfono y correo electrónico del prestador, el período, la frecuencia, los días y horarios de atención, el presupuesto, la firma y el sello del profesional. El profesional podrá consignar el monto exacto o que el monto facturado se ajustará al **Nomenclador de Discapacidad**, aprobado originalmente mediante la Resolución N° 428/1999 del Ministerio de Salud y que se actualiza periódicamente por el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, en cumplimiento de la Ley N° 24.901 y sus modificatorias.

MÓDULO MAESTRA DE APOYO (entre 7 y 20 horas semanales) (8 documentos)

1. **Copia de DNI** del profesional a cargo (frente y dorso).
2. **Título habilitante.**
3. **Seguro vigente**, con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.
4. **Constancia de alumno regular y/o reserva de vacante.**
5. **Plan de trabajo:** Con objetivos específicos y aclaración del domicilio en el que se lleva a cabo la prestación (firmado y sellado por el profesional).
6. **Evaluación inicial** (inicio de tratamiento) **o Informe evolutivo** (continuidad de tratamiento), con firma y sello del prestador.
7. **Presupuesto:** Debe contener los datos del afiliado (nombre y apellido, número de documento y credencial de la obra social), el domicilio donde se realiza el tratamiento, teléfono y correo electrónico del prestador, el período, la frecuencia, los días y horarios de atención, el presupuesto, la firma y el sello del profesional. El profesional podrá consignar el monto exacto o que el monto facturado se ajustará al **Nomenclador de Discapacidad**, aprobado originalmente mediante la Resolución N° 428/1999 del Ministerio de Salud y que se actualiza periódicamente por el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, en cumplimiento de la Ley N° 24.901 y sus modificatorias.
8. En caso de corresponder, **Proyecto Pedagógico Individual (PPI).**

La cobertura de prestaciones educativas no abarca la provisión ni el reintegro de útiles, materiales ni otros elementos de uso escolar requeridos por la institución educativa.

TRANSPORTE (8 documentos)

Corresponde la cobertura de la prestación cuando los beneficiarios "se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el artículo 22 inciso a) de la ley 24.314".

La condición de infancia no implica la cobertura de Transporte y/o acompañante bajo la modalidad de dependencia. La dependencia podrá solicitarse recién a partir de los 6 años.

No se admite cobertura de transporte ni de combustible de vehículos pertenecientes al afiliado/ familiar/ responsable. Tampoco se reconocerá el transporte en vehículos que presten servicios bajo plataforma proveedores de movilidad (Por ejemplo: Uber, Cabify, etc.).

La cobertura de Transporte es para recorridos desde el domicilio a prestaciones básicas por la Ley de Discapacidad N°24.901.

No podrán contemplarse planes individuales de dicha prestación con características tales como "espera del afiliado", peajes o traslados a consultas que no se encuentren aprobadas en el Plan de Tratamiento por Discapacidad.

Cobertura máxima: 1500 kilómetros.

Documentación a presentar:

1. **DNI y CUIL** del transportista.
2. **Licencia de conducir profesional vigente.**
3. **Seguro del vehículo vigente.**
4. **Habilitación del vehículo** municipal y/o provincial vigente.
5. **VTV vigente.**
6. **Seguro de Responsabilidad Civil** con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.
7. **Presupuesto:** Debe contener los datos del afiliado (nombre y apellido, número de documento y credencial de la obra social), el domicilio donde se realiza el tratamiento, teléfono y correo electrónico del prestador, el período, la frecuencia, los días y horarios de atención, el presupuesto, la firma y aclaración del prestador. El prestador podrá consignar el monto exacto o que el monto facturado se ajustará al **Nomenclador de Discapacidad**, aprobado originalmente mediante la Resolución N° 428/1999 del Ministerio de Salud y que se actualiza periódicamente por el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, en cumplimiento de la Ley N° 24.901 y sus modificatorias. FORMULARIO N° 5.
8. **Gráfico del recorrido (Google Maps) para cada prestación** detallando los trayectos de ida y vuelta, direcciones de origen y destino, y kilómetro total por tramo.
9. **En caso de solicitarse con DEPENDENCIA**, se deberá presentar Formulario N° 9 (ESCALA FIM).

RESIDENCIA, PEQUEÑOS HOGARES Y HOGARES (7 documentos)**Comprende las siguientes prestaciones:**

- Hogar de lunes a viernes o permanente.
- Pequeño Hogar de lunes a viernes o permanente.
- Residencia de lunes a viernes o permanente.

IMPORTANTE: Sólo se tramita por la División Discapacidad las prestaciones categorizadas en el registro de prestadores de la Secretaría de Discapacidad como "Hogar permanente", "Hogar", "Pequeño Hogar" y "Residencia".

Deben presentar:

1. **Comprobante de categorización del Centro en la Secretaría Nacional de Discapacidad** (Inscripción en el Registro de Prestadores).
2. **Certificado o Resolución** municipal de habilitación al uso.
3. **Seguro vigente**, con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.
4. **Presupuesto** con valores acordes a la Resolución Ministerial.
5. **Plan de trabajo** con objetivos específicos individualizados. Debe contener los datos institucionales (domicilio, teléfonos y correo electrónico de contacto) y del afiliado.
6. **Evaluación inicial** (inicio de tratamiento) o Informe evolutivo (continuidad de tratamiento), con firma y sello del prestador.
7. **Informe Social.**

RESIDENCIA, PEQUEÑOS HOGARES Y HOGARES, son incompatibles entre sí.**Consulta de Valores (Nomenclador de Discapacidad)**

Ley 24901 DiscapacidadPDF

<https://www.argentina.gob.ar/files/ley-24901-discapacidadpdf>

Boletín Oficial Actualizaciones

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/340953/20260420>**PRESTACIONES NO NOMENCLADAS POR RESOLUCIÓN MINISTERIAL, REGIDAS SEGÚN LO NORMADO POR ACTA CADOS.****ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO**

El Acompañante Terapéutico (AT) es un agente de salud que brinda apoyo personalizado a personas con dificultades en sus vínculos sociales, conductas y emocionalidad. Su función principal radica en intervenir en el entorno cotidiano del paciente para promover su autonomía, detectar necesidades, contener y sostener la adherencia a los tratamientos, facilitando así su desarrollo e inclusión social. Para que esta figura cumpla con su utilidad práctica, debe desempeñarse dentro de un plan terapéutico integral bajo la indicación y supervisión de un equipo profesional que evalúe periódicamente su evolución.

En el marco normativo argentino, la actuación del Acompañante Terapéutico se fundamenta principalmente en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Específicamente, el artículo 8 de esta norma respalda la integración de profesionales y técnicos capacitados dentro de equipos de trabajo interdisciplinarios, figura en la que se encuadra formalmente el AT. Asimismo, el artículo 9 promueve que las intervenciones se realicen en la comunidad y fuera del ámbito hospitalario, consolidando al AT como una herramienta técnica clave para sostener los tratamientos en la vida cotidiana y fortalecer los lazos sociales de la persona.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR. (9 documentos)

1. **Certificado Único de Discapacidad (CUD):** Fotocopia.
2. **DNI del Titular** de la Obra Social o de quien representa al afiliado: Fotocopia (frente y dorso).
3. **Carnet del Titular de la Obra Social:** Fotocopia o Constancia de Afiliación.
4. **DNI del Afiliado** (quien recibe la prestación): Fotocopia (frente y dorso).
5. **Carnet del Afiliado:** Fotocopia o Constancia de Afiliación.
6. **Acta de Conformidad:** completada y firmada por el Afiliado que recibe la prestación o quien lo representa. (FORMULARIO N°
7. **Indicación Médica:** El médico puede realizarla en un recetario médico o en el formulario que se encuentra en el Instructivo (FORMULARIO N° 1).

La indicación médica debe contener por lo menos estos (5) datos.

- Nombre y Apellido, número de documento y credencial del afiliado.
 - Prestación que se solicita.
 - Período, tipo/modalidad, cantidad y frecuencia.
 - Fecha de emisión.
 - Firma y sello del médico tratante.
- 8. Resumen de Historia Clínica:** el médico puede realizarlo en un recetario médico o en el formulario que se encuentra en el instructivo (FORMULARIO N° 2). Debe contener los datos personales del Afiliado (nombre y apellido, fecha de nacimiento, número de documento, número del afiliado), diagnóstico, evolución y condición actual, tratamientos realizados y resultados obtenidos, fundamentación de la orientación prestacional actual.
- 9. Cronograma de Horarios:** con todas las actividades que realiza el Afiliado. Lo completa el Afiliado o quien lo representa (madre, padre, figura de apoyo, apoderado). (FORMULARIO N° 3).

Del Prestador: (6 documentos)

En caso de profesional que desarrolla la actividad en forma independiente:

1. Fotocopia de **DNI** (frente y dorso)
2. **Título habilitante** (Tecnatura en Acompañamiento Terapéutico) o capacitación específica otorgada por instituciones oficiales habilitadas o avaladas por el Ministerio de Salud o Ministerio de Educación, con una carga horaria mínima de formación de 120 horas, o Psicólogo o Psicopedagogo con formación acreditada de Acompañante Terapéutico.
3. **Plan de trabajo** con objetivos y acciones a desarrollar en el ámbito correspondiente, en función de las estrategias terapéuticas que fije el equipo tratante. Deberá aclarar el domicilio donde se hace usufructo de la prestación, datos de contacto, horario y días. (FORMULARIO N° 11).
4. **Evaluación inicial** (inicio de tratamiento) o Informe evolutivo (continuidad de tratamiento), con firma y sello del prestador.
5. **Presupuesto** firmado, con valores acordes a lo establecido por la Dirección de Obra Social del Servicio Penitenciario Federal.
6. **Seguro de Responsabilidad Civil**, con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.

En caso de institución habilitada: (5 documentos)

1. **Plan de trabajo** con objetivos y acciones a desarrollar en el ámbito correspondiente, en función de las estrategias terapéuticas que fije el equipo tratante. En ambos casos se deberá aclarar el domicilio donde se hace usufructo de la prestación, datos de contacto de la prestación, horario y días. (FORMULARIO N° 11).
2. **Evaluación inicial** (inicio de tratamiento) o Informe evolutivo (continuidad de tratamiento), con firma y sello del prestador.
3. **Presupuesto** firmado, con valores acordes a lo establecido por la Dirección de Obra Social del Servicio Penitenciario Federal.
4. **Habilitación:** Certificado o Resolución Municipal de habilitación al uso.
5. **Seguro de la institución vigente**, con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.

ATENCIÓN: Acompañante Terapéutico solo se abonará los días trabajados. Acompañante Terapéutico ámbito escolar NO se reconocerá la cobertura durante los recesos escolares.

CUIDADOR DOMICILIARIO

La cobertura de "Cuidador Domiciliario" se brinda bajo la modalidad "subsidio económico".

EL MONTO MÁXIMO DE COBERTURA, SEGÚN ACTA CADOS VIGENTE, ES EL EQUIVALENTE AL ARANCEL DE HOGAR PERMANENTE CATEGORÍA C, NOMENCLADO SEGÚN RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SUS RESPECTIVAS ACTUALIZACIONES. Por tanto, el presupuesto de la totalidad de los cuidadores propuestos no puede superar dicho monto.

Cuando la indicación de la prestación supere las 8:00 horas diarias, la cobertura deberá organizarse mediante la asignación de más de UN (01) cuidador, distribuyendo la carga horaria entre los profesionales intervinientes.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

1. **Certificado Único de Discapacidad (CUD):** Fotocopia.
2. **DNI** del Titular de la Obra Social o de quien representa al afiliado: Fotocopia (frente y dorso).
3. **Carnet del Titular de la Obra Social:** Fotocopia o Constancia de Afiliación.
4. **DNI del Afiliado** (quien recibe la prestación): Fotocopia (frente y dorso).
5. **Carnet del Afiliado:** Fotocopia o Constancia de Afiliación.
6. **Acta de Conformidad:** completada y firmada por el Afiliado que recibe la prestación o quien lo representa. (FORMULARIO N° 6).
7. **Indicación Médica:** El médico puede realizarla en un recetario médico o en el formulario que se encuentra en el Instructivo (FORMULARIO N° 1).
8. **Escala de Independencia Funcional** o FORMULARIO N° 9 (FIM), realizada por Terapista Ocupacional o profesional habilitado a esos fines.

La indicación médica debe contener por lo menos estos (5) datos:

- Nombre y Apellido, número de documento y credencial del afiliado.
 - Prestación que se solicita.
 - Período y cantidades.
 - Fecha de emisión.
 - Firma y sello del médico tratante.
9. **Resumen de Historia Clínica:** el médico puede realizarlo en un recetario médico o en el formulario que se encuentra en el instructivo (FORMULARIO N° 2). Debe contener los datos personales del afiliado (nombre y apellido, fecha de nacimiento, número de documento, número de afiliado), diagnóstico/condición de salud, evolución y condición actual, tratamientos realizados y resultados obtenidos, fundamentación de la orientación prestacional actual.
 10. **Cronograma de Horarios:** con todas las actividades que realiza el Afiliado. Lo completa el Afiliado o quien lo representa (madre, padre, figura de apoyo, apoderado). (FORMULARIO N° 3).

Del Prestador

En caso de cuidador domiciliario independiente: (6 documentos)

1. Fotocopia de **DNI** (frente y dorso).
2. **Inscripción en el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios**, Formación en el cuidado de Personas con Discapacidad, Curso de cuidador domiciliario/gerontología.
3. **Plan de Trabajo** firmado por el prestador, especificando las tareas de cuidado que desarrollará con aclaración del domicilio donde se hace usufructo de la prestación. (FORMULARIO N° 12).
4. **Presupuesto** firmado, con valores acordes a los establecidos en lo normado en ACTA CADOS.
5. **Certificado de Antecedentes Penales** del Cuidador Domiciliario, con una vigencia no mayor a los 6 (SEIS) meses.
6. **Seguro de Responsabilidad Civil**, con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.

En caso de institución habilitada: (5 documentos)

1. **Plan de Trabajo** firmado por el prestador, especificando las tareas de cuidado que desarrollará con aclaración del domicilio donde se hace usufructo de la prestación. (FORMULARIO N° 12).
2. **Presupuesto** firmado, con valores acordes a ACTA CADOS.
3. **Escala de Independencia Funcional** o FORMULARIO 9 (FIM), realizada por Terapista Ocupacional o Profesional habilitado a esos fines.
4. **Seguro de la institución vigente**, con cláusula de no repetición a favor del Servicio Penitenciario Federal.
5. **Certificado o Resolución Municipal** de Habilitación al uso.

Para búsqueda de prestadores:

A modo de consulta se sugiere acceder el siguiente link: <https://registroncd.senaf.gob.ar/ListadoCuidadores.aspx>

CAMBIO DE PRESTADOR

La presentación de la documentación del nuevo prestador deberá ser previa al inicio de las prácticas de este. Para ello, el afiliado/representante deberá adjuntar una nota o nota de Cambio de Prestador (FORMULARIO N° 10), donde consigne BAJA del prestador aprobado inicialmente (indicando la fecha de baja) y ALTA del nuevo prestador (indicando período de inicio).

La documentación del nuevo prestador debe seguir los requisitos citados en el apartado “Plan de Tratamiento”.

ACTUALIZACIÓN DE CUD

Recordar presentar en la División Discapacidad el CUD actualizado o comprobante de turno expedido por el organismo competente, para garantizar la continuidad del tratamiento.

Al menos NOVENTA (90) días previos al vencimiento del CUD, gestionar turno por actualización de CUD ante la dependencia que corresponda de acuerdo con el domicilio de residencia.

IMPORTANTE

De acuerdo con lo dispuesto en el ARTÍCULO 12 de la Ley 24901, “La permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado deberá pronosticarse estimativamente de acuerdo a las pautas que establezca el equipo interdisciplinario y en concordancia con los postulados consagrados en la presente ley”.

Cuando una persona con discapacidad presente cuadros agudos que le imposibiliten recibir habilitación o rehabilitación deberá ser orientada a servicios específicos.

Cuando un beneficiario presente evidentes signos de detención o estancamiento en su cuadro general evolutivo, en los aspectos terapéuticos, educativos o rehabilitatorios, y se encuentre en una situación de cronicidad, el equipo interdisciplinario deberá orientarlo invariablemente hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades.

Asimismo, cuando una persona con discapacidad presente signos de evolución favorable, deberá orientarse a un servicio que contemple su superación.

FORMULARIO 1- INDICACIÓN MÉDICA

© 2027

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____
N° de Credencial: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

PRESTACIÓN	PRESTACIÓN
	Quando corresponda, registrar modalidad (Jornada simple, jornada completa), dependencia, etc. Transporte, indicar el trayecto (origen y destino).
Ejemplo: psicología ----- Ejemplo: psicología	Febrero a diciembre 1 sesión semanal ----- Febrero a diciembre. Con dependencia. Desde el domicilio hasta centro de día de lunes a viernes con retorno.

PRESTACIÓN	PRESTACIÓN Cuando corresponda, registrar modalidad (Jornada simple, jornada completa), dependencia, etc. Transporte, indicar el trayecto (origen y destino).

DATOS DEL PROFESIONAL

Firma:

Sello:

Fecha: ____/____/____

FORMULARIO 2 - RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

© 2027

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____
N° de Credencial: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Debe estar confeccionado por médico tratante especialista en Neurología, Psiquiatría o Fisiatría, o especialista afín a la patología de base.

Diagnóstico o Condición de Salud (según CUD):
Antecedentes significativos con relación a la condición de salud actual:
Estudios complementarios:

Evolución, tratamientos previos y resultados obtenidos:

Fundamentación del esquema prestacional actual:

DATOS DEL PROFESIONAL

Firma:

Sello:

Fecha: ____/____/____

FORMULARIO 3 - CRONOGRAMA SEMANAL

© 2027

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

N° de Credencial: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Con todas las actividades que realiza el Afiliado, incluyendo horario de colegio, integración escolar, acompañante terapéutico, maestra de apoyo y terapias, actividades recreativas/artísticas/deportivas, transporte (contemplado tiempo de viaje), entre otras.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
08:00							
08:30							
09:00							
09:30							
10:00							
10:30							
11:00							
11:30							
12:00							
12:30							
13:00							
13:30							
14:00							
14:30							
15:00							
15:30							
16:00							
16:30							
17:00							
17:30							
18:00							
18:30							
19:00							
19:30							
20:00							

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO/A, PADRE, MADRE O TUTOR Y VÍNCULO

Firma:

Sello:

Fecha: ____/____/____

FORMULARIO 4 - PRESUPUESTO AÑO 2027

© 2027

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido o Razón social: _____ CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

N° de Credencial: _____ Domicilio: _____

PROFESIONALES (sólo completar profesionales independientes)

Período: desde _____ hasta _____

Cantidad de sesiones semanales: _____ Monto por sesión: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto mensual: _____

CRONOGRAMA:

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desde							
Hasta							

Tomo conocimiento que las prestaciones por discapacidad nombradas son bajo la modalidad de reintegro, y que los valores a reintegrar se ajustan a los aranceles del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, determinados por el directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad y actualizados conforme a lo dispuesto por el decreto del Poder Ejecutivo Nacional 274/24, o el que en el futuro lo reemplace. Las prestaciones no nombradas son bajo la modalidad de reintegros con valores establecidos por acta cados. Sin perjuicio de lo establecido en el presente instructivo, la Dirección de Obra Social podrá introducir durante el período 2027 las adecuaciones que correspondan en función de las modificaciones legales y reglamentarias en materia de discapacidad que entren en vigencia y le resulten aplicables, incluidas aquellas relativas a la cobertura prestacional y a los alcances y aranceles de los nombrados.

Firma del prestador:

Sello del prestador:

Fecha: ____/____/____

CENTROS/INSTITUCIONES

Período: desde _____ hasta _____

Modalidad (por ejemplo, tipo de jornada cuando corresponda): _____

Categoría: _____ Dependencia: SI - NO

Monto semanal (sólo cuando corresponda): _____ Monto mensual: _____

CRONOGRAMA:

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desde							
Hasta							

Observaciones

Tomo conocimiento que las prestaciones por discapacidad nombradas son bajo la modalidad de reintegro, y que los valores a reintegrar se ajustan a los aranceles del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, determinados por el directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad y actualizados conforme a lo dispuesto por el decreto del Poder Ejecutivo Nacional 274/24, o el que en el futuro lo reemplace. Las prestaciones no nombradas son bajo la modalidad de reintegros con valores establecidos por acta cados. Sin perjuicio de lo establecido en el presente instructivo, la Dirección de Obra Social podrá introducir durante el período 2027 las adecuaciones que correspondan en función de las modificaciones legales y reglamentarias en materia de discapacidad que entren en vigencia y le resulten aplicables, incluidas aquellas relativas a la cobertura prestacional y a los alcances y aranceles de los nombrados.

Firma del prestador:

Sello del prestador:

Fecha: ____/____/____

FORMULARIO 5 - PRESUPUESTO TRANSPORTE

© 2027

Fecha de emisión: ____/____/____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido o Razón social: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

N° de Credencial: _____ Domicilio: _____

PRESTACIÓN

Período: desde _____ hasta _____

TRAYECTO 1

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desde							
Hasta							

Origen: _____ Destino: _____

Cantidad de Km por viaje: _____ Trayecto corto: _____ Cantidad de km mensuales: _____

Tomo conocimiento que las prestaciones por discapacidad nombradas son bajo la modalidad de reintegro, y que los valores a reintegrar se ajustan a los aranceles del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, determinados por el directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad y actualizados conforme a lo dispuesto por el decreto del Poder Ejecutivo Nacional 274/24, o el que en el futuro lo reemplace. Las prestaciones no nombradas son bajo la modalidad de reintegros con valores establecidos por acta cados. Sin perjuicio de lo establecido en el presente instructivo, la Dirección de Obra Social podrá introducir durante el período 2027 las adecuaciones que correspondan en función de las modificaciones legales y reglamentarias en materia de discapacidad que entren en vigencia y le resulten aplicables, incluidas aquellas relativas a la cobertura prestacional y a los alcances y aranceles de los nombrados.

Firma del transportista:

Sello del transportista:

Fecha: ____/____/____

FORMULARIO 6 - CONFORMIDAD PRESTACIONAL

© 2027

Fecha: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

N° de Credencial: _____ Domicilio: _____

En carácter de Afiliado / Representante del Afiliado (con vínculo declarado: _____), identificado mediante Documento (DNI-CI-PASAPORTE) N° _____, dejó constancia que he tomado conocimiento que las prestaciones por discapacidad se brindan bajo la modalidad de reintegro, los requisitos a los que deben ajustarse los prestadores propuestos por el afiliado o quien lo represente, en conformidad con lo dispuesto en el Instructivo de Discapacidad 2027, y que la Obra Social no cuenta con prestadores propios ni convenidos.

PRESTADORES:

1. Prestación: _____ Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta: _____

2. Prestación: _____ Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta: _____

3. Prestación: _____ Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta: _____

4. Prestación: _____ Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta: _____

En carácter de declaración jurada manifiesto que no poseo vínculo de parentesco con ninguno de los prestadores antes mencionados. Al mismo tiempo, presto conformidad sobre lo dispuesto en el Instructivo de Discapacidad 2027.

Sin perjuicio de lo establecido en el presente instructivo, la Dirección de Obra Social podrá introducir durante el período 2027 las adecuaciones que correspondan en función de las modificaciones legales y reglamentarias en materia de discapacidad que entren en vigencia y le resulten aplicables, incluidas aquellas relativas a la cobertura prestacional y a los alcances y aranceles de los nombrados.

Firma, Aclaración y N° de Documento:

(SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR DEBAJO):

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en representación de _____

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma, Aclaración y N° de Documento:

FORMULARIO 7 - CONFORMIDAD TRANSPORTE

© 2027

Fecha: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE:

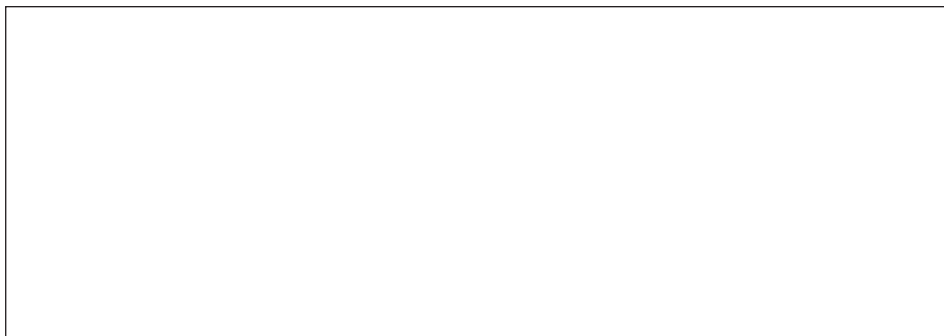
Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

N° de Credencial: _____ Domicilio: _____

Yo _____ con Documento Tipo (____ N° _____) doy

mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde: _____ hasta: _____

Firma, Aclaración y N° de Documento:



SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de _____

_____ manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma, Aclaración y N° de Documento:



FORMULARIO 8 - ACTA ACUERDO

© 2027

Fecha: ____/____/____

En el día de la fecha, en la ciudad/localidad de _____

se acuerda entre la Institución Educativa, con domicilio en _____

representada por _____

el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar (SAIE) brindado por _____

representado por _____

y la familia del/la niño/a _____

DNI N°, _____ que se llevará a cabo el proceso de integración escolar correspondiente al año/sala, _____

_____ turno _____

durante el ciclo lectivo 2027.

CRONOGRAMA

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desde							
Hasta							

Firma de la institución:

Sello:

Firma del padre/madre/tutor:

Sello:

Firma del SAIE:

Sello:

FORMULARIO 9 - ESCALA FIM – MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

© 2027

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

N° de Credencial: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Diagnóstico: _____

Prestación: _____

Evaluador: _____

Fecha: ____/____/____

CRITERIOS DE PUNTUACIÓN

7 Independencia completa

6 Independencia modificada (con ayudas técnicas)

5 Supervisión / preparación

4 Asistencia mínima ($\geq 75\%$)**3 Asistencia moderada (50–74%)**

2 Asistencia máxima (25–49%)

1 Dependencia total ($< 25\%$)

ÁREA MOTORA (13 ítems)

	1	2	3	4	5	6	7
Alimentación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Higiene personal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Baño	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vestido (parte superior)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vestido (parte inferior)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Uso de inodoro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Control urinario	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Control intestinal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transferencia cama/silla	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transferencia inodoro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transferencia bañera/ducha	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Locomoción	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Escaleras	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Subtotal Área Motora (13–91): _____

ÁREA COGNITIVA (5 ítems)

	1	2	3	4	5	6	7
Comprensión	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Expresión	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Interacción social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Resolución de problemas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Memoria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Subtotal Área Cognitiva (5–35): _____

Total general.

Puntaje total FIM (18–126): _____

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL (uso orientativo en auditoría)

Independiente (108–126)	☐
Dependencia leve (80–107)	☐
Dependencia moderada (50–79)	☐
Dependencia severa (<50)	☐

OBSERVACIONES

CONCLUSIÓN

En función del puntaje obtenido, el/la afiliado/a presenta un nivel de dependencia: _____,
requiriendo apoyos en: _____

Firma y sello profesional:

Firma responsable:

FORMULARIO 10 - NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

© 2027

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

N° de Credencial: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Plan de Tratamiento: Expte. N° EX ____ APN ____ #SPF

Por intermedio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de prestación de _____

_____ con el prestador _____

a partir de la fecha ____/____/____

Solicito nueva alta para cobertura de dicha prestación con el profesional y/o institución _____

a partir de la fecha ____/____/____

Firma del Afiliado o del Familiar:

Aclaración y DNI:

© 2027

DATOS DEL PACIENTE:

Nº de Credencial: _____ Domicilio: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Domicilio: _____

PLAN DE TRABAJO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.

[illegible]

© 2027

DATOS DEL PACIENTE:

Nº de Credencial: _____ Domicilio: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Domicilio: _____

PLAN DE TRABAJO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

--