SERVESALUD

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

FECHA DE EMISIÓN (anterior al inicio del tratamiento):

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DOMICILIO:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD / CLINICO CON TIPO DE DISCAPACIDAD FUNCIONAL

ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS (indicar parámetros funcionales actuales)

MEDICACION ACTUAL / DOSIS DIARIA

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

SERVESALUD

SOLICITUD DE PRESTACIONES

FECHA DE EMISIÓN (anterior al inicio del tratamiento):

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DIAGNÓSTICO

PRESTACIONES SOLICITADAS

INSTITUCIÓN (CET - CENTRO DE DÍA - ESCUELA ESPECIAL, ETC.) REQUIERE: SI ☐ NO ☐

ESPECIALIDAD:

PERÍODO: DESDE (MES Y AÑO) HASTA (MES Y AÑO)

TIPO DE JORNADA: SIMPLE ☐ DOBLE ☐

DEPENDENCIA: SI ☐ NO ☐ (EN CASO AFIRMATIVO DEBERÁ ANEXAR FORMULARIO FIM)

JUSTIFICACIÓN MEDICA:

MÓDULO MAESTRO DE APOYO / MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO REQUIERE: SI ☐ NO ☐

MAESTRO EQUIPO

PERÍODO: DESDE (MES Y AÑO) HASTA (MES Y AÑO)

CANTIDAD DE HORAS SEMANALES:

TERAPIAS DE REHABILITACIÓN POR SESIÓN

ESPECIALIDAD: CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES:

DESDE: (MES Y AÑO) HASTA: (MES Y AÑO)

ESPECIALIDAD: CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES:

DESDE: (MES Y AÑO) HASTA: (MES Y AÑO)

ESPECIALIDAD: CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES:

DESDE: (MES Y AÑO) HASTA: (MES Y AÑO)

ESPECIALIDAD: CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES:

DESDE: (MES Y AÑO) HASTA: (MES Y AÑO)

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

SERVESALUD

CONFORMIDAD DE PRESTACIONES

FECHA DE EMISIÓN (anterior al inicio del tratamiento):

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

PRESTACIONES SOLICITADAS

1- PRESTACION:

PRESTADOR:

PERIODO: DESDE (MES Y AÑO) HASTA (MES Y AÑO)

2- PRESTACION:

PRESTADOR:

PERIODO: DESDE (MES Y AÑO) HASTA (MES Y AÑO)

3- PRESTACION:

PRESTADOR:

PERIODO: DESDE (MES Y AÑO) HASTA (MES Y AÑO)

4- PRESTACION:

PRESTADOR:

PERIODO: DESDE (MES Y AÑO) HASTA (MES Y AÑO)

FIRMA	ACLARACION

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR

DEJO CONSTANCIA QUE LA CONFORMIDAD BRINDADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES REALIZADA EN NOMBRE DE:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

MANIFIESTO SER EL FAMILIAR / RESPONSABLE / TUTOR Y DOY CONFORMIDAD RESPECTO A LA/S PRESTACION/ES DETALLADAS PRECEDENTEMENTE.

FIRMA

ACLARACION	
PARENTESCO	
DOCUMENTO	

SERVESALUD

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

FECHA DE EMISIÓN (anterior al inicio del tratamiento):

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO: DNI:

ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTOCUIDADO	
Comida (implica uso de utensillos, masticar y tragar la comida)	
Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis o prótesis)	
Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar órtesis o prótesis)	
Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata	
CONTROL DE ESFÍNTERES	
Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
MOVILIDAD TRANSFERENCIA	
Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (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)	
Transferencia a toilette (implica sentarse y salir del inodoro)	
Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
LOCOMOCIÓN	
Marcha / Silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
COMUNICACIÓN	
Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
CONEXIÓN	
Interacción Social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
Resolución de Problemas (implica resolver problemas cotidianos	
Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
PUNTAJE FIM TOTAL	

PUNTAJE: todos los ítems se deben calificar. Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros, o bien necesita de al menos 2 ayudantes se califica con un 1.

INDEPENDIENTE:	Independiente total	7 ptos.
	Independiente con adaptaciones	6 ptos.
DEPENDIENTE:	Sólo requiere supervisión (no toca al sujeto)	5 ptos.
	Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o +)	4 ptos.
	Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o +)	3 ptos.
	Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o +)	2 ptos.
	Requiere asistencia total (sujeto aporta menos del 25%)	1 pto.

Firma y sello del médico y/o licenciado en T.O.

SERVESALUD

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

FECHA DE EMISIÓN (anterior al inicio del tratamiento):

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

1- ALIMENTACION

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 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 ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

5- VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

6- USO DEL BAÑO

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7- CONTROL DE INTESTINOS

Implica control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo de agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

SERVESALUD

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

8- 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.
9- TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS
Implica pasarse hacia la cama, silla o silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.
10- TRANSFERENCIA AL BAÑO
Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.
11- TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA
Implica entrar y salir de la bañera o ducha
12- MARCHA/ SILLA DE RUEDAS
Implica caminar sobre superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.
13- ESCALERAS
Implica subir y bajar escalones.
14- COMPRENSIÓN
Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej. Escritura, gestos, signos, etc.

SERVESALUD

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

15- EXPRESIÓN
Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16- 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.

17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
Implica resolver problemas cotidianos

18- MEMORIA
Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

EVALUACION INSTITUCIONAL
Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicología realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

Firma y sello del médico o licenciado en T.O.

SERVESALUD

SOLICITUD DE TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN (anterior al inicio del tratamiento):

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DATOS DE LA DISCAPACIDAD

DIAGNÓSTICO:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA (se indica que la persona con discapacidad se encuentra imposibilitada de trasladarse en transporte público debido a los siguientes motivos):

DATOS DEL TRASLADO

DESDE (calle y N°): ..... HASTA (calle y N°): ..... RETORNO: SI ☐ NO ☐

PERÍODO: De ..... (mes) Hasta ..... (mes) del año .....

DESDE (calle y N°): ..... HASTA (calle y N°): ..... RETORNO: SI ☐ NO ☐

PERÍODO: De ..... (mes) Hasta ..... (mes) del año .....

DESDE (calle y N°): ..... HASTA (calle y N°): ..... RETORNO: SI ☐ NO ☐

PERÍODO: De ..... (mes) Hasta ..... (mes) del año .....

DESDE (calle y N°): ..... HASTA (calle y N°): ..... RETORNO: SI ☐ NO ☐

PERÍODO: De ..... (mes) Hasta ..... (mes) del año .....

DEPENDENCIA: SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo deberá anexar Formulario FIM

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA DEPENDENCIA:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

SERVESALUD

PRESUPUESTO - TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN (anterior al inicio del tratamiento):

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DOMICILIO:

DATOS DEL PROVEEDOR / Habilitación a nombre de:

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: CUIT:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

PROVINCIA: TIPO DE TRANSPORTE (REMIS, ESCOLAR):

EMAIL: TELEFONO:

PERÍODO: DESDE HASTA AÑO

DESTINO: Prestación a la que asiste:

DOMICILIO DE PARTIDA: HASTA DOMICILIO DE LLEGADA:

VIAJES POR MES: CANTIDAD DE KM POR TRAMO DE IDA: Y KM POR TRAMO DE VUELTA

CANTIDAD DE KMS MENSUALES A VALOR NOMENCLADOR VIGENTE

ADICIONAL POR DEPENDENCIA: **SI** **NO** (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

TRAMO CORTO, SEGÚN RESOLUCIÓN 1/2023: **SI** **NO** (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

FIRMA Y SELLO DEL TRANSPORTISTA: ACLARACIÓN:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

DNI:

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ACLARACIÓN Y DNI DEL FIRMANTE

LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO:

SERVESALUD

CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN (anterior al inicio del tratamiento):

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

YO CON DOCUMENTO TIPO ( ) N°

DOY MI CONFORMIDAD AL DIAGRAMA DE TRASLADOS POR EL PERÍODO:

DESDE (MES Y AÑO) HASTA (MES Y AÑO)

DEJO CONSTANCIA QUE NO HE ACCEDIDO AL BENEFICIO ESTIPULADO EN LA LEY N° 19.279 Y SUS MODIFICATORIAS.
LA INFORMACION PROPORCIONADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

FIRMA

ACLARACION	
DOCUMENTO	

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR

DEJO CONSTANCIA QUE LA CONFORMIDAD BRINDADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES REALIZADA EN NOMBRE DE:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

MANIFIESTO SER EL FAMILIAR / RESPONSABLE / TUTOR Y DOY CONFORMIDAD RESPECTO A LA/S PRESTACION/ES DETALLADAS PRECEDENTEMENTE.

DEJO CONSTANCIA QUE NO HE ACCEDIDO AL BENEFICIO ESTIPULADO EN LA LEY N° 19.279 Y SUS MODIFICATORIAS.
LA INFORMACION PROPORCIONADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

FIRMA

ACLARACION	
PARENTESCO	
DOCUMENTO	

SERVESALUD

DISCAPACIDAD

CONFORMIDAD DE TRASLADOS

EMPRESA / TRANSPORTISTA:

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO:

TRASLADOS REALIZADOS DURANTE EL MES DE: DE 2025

DESTINO 1 - Prestación a la que asiste:

CANTIDAD DE VIAJES REALIZADOS:

FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE

ACLARACION Y PARENTESCO

DESTINO 2 - Prestación a la que asiste:

CANTIDAD DE VIAJES REALIZADOS:

FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE

ACLARACION Y PARENTESCO

TOTAL MENSUAL EN KILÓMETROS DE TODOS LOS DESTINOS:

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

ACLARACION DEL TRANSPORTISTA

SERVESALUD

PRESUPUESTO - PROFESIONALES

FECHA DE EMISIÓN (anterior a fecha de inicio del tratamiento):

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN:

PERÍODO: DESDE: HASTA: AÑO:

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: CANTIDAD DE SESIONES AL MES:

VALOR DE LA SESIÓN: $ MONTO MENSUAL: $

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según
Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

DATOS DEL PRESTADOR / INSTITUCION

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: CUIT/CUIL:

DOMICILIO DONDE SE BRINDA LA PRESTACIÓN:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

CORREO ELECTRÓNICO: TELÉFONO:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Marcar los días en los que se brinda la prestación

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

DNI:

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ACLARACIÓN Y DNI DEL FIRMANTE

LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO:

SERVESALUD

PRESUPUESTO - INSTITUCIONES

FECHA DE EMISIÓN (anterior a fecha de inicio del tratamiento):

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN:

TIPO DE JORNADA: CATEGORÍA:

INCLUYE ALMUERZO: SI NO DEPENDENCIA: SI NO

PERÍODO: DESDE: HASTA: AÑO:

MATRÍCULA: MONTO MENSUAL: $

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según
Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

DATOS DEL PRESTADOR / INSTITUCION

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: CUIT/CUIL:

DOMICILIO DONDE SE BRINDA LA PRESTACIÓN:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

CORREO ELECTRÓNICO: TELÉFONO:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Marcar los días en los que se brinda la prestación

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

ACLARACIÓN / SELLO

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

DNI:

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ACLARACIÓN Y DNI DEL FIRMANTE

LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO:

SERVESALUD

DISCAPACIDAD

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL

RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR:

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDÓ LA PRESTACIÓN:

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: DNI:

PRESTACIÓN: MES: DE 2025

DIA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

DIA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	
FIRMA DEL BENEFICIARIO O RESPONSABLE	
ACLARACION	
DNI	

SERVESALUD

PRESUPUESTO - MÓDULO MAESTRO DE APOYO / APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EN EQUIPO

FECHA DE EMISIÓN (anterior a fecha de inicio del tratamiento):

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: DNI:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN:

PERÍODO: DESDE: HASTA: AÑO:

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: CANTIDAD DE SESIONES AL MES:

VALOR DE LA SESIÓN: $ MONTO MENSUAL: $

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

DATOS DEL PRESTADOR / INSTITUCION

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: CUIT/CUIL:

DOMICILIO DONDE SE BRINDA LA PRESTACIÓN:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

CORREO ELECTRÓNICO: TELÉFONO:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Marcar los días en los que se brinda la prestación

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:

FIRMA DEL PROFESIONAL / RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

ACLARACIÓN / SELLO

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

DNI:

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ACLARACIÓN Y DNI DEL FIRMANTE

LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO:

SERVESALUD

DISCAPACIDAD

ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 2025 se establece de común acuerdo entre las instituciones _____, _____ y los padres del alumno/a _____ lo siguiente:

1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica la cual consistirá en la adaptación y el seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.

2- El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el círculo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.

3- La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.

4- Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informarán en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.

5- Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.

6- Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.

7- Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de los causales de la inasistencia del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones. Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Año _____ Sala/Curso _____ Turno _____

Firma de madre/ padre/tutor		Aclaración:	
Firma y sello de los directivos de la escuela		Aclaración:	
Firma y sello coordinador del equipo de integración		Aclaración:	
Firma docente integrador		Aclaración:	

SERVESALUD

PAGO DE SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES POR TRANSFERENCIA BANCARIA

DATOS DEL PRESTADOR

RAZON SOCIAL:

CUIT:

CONDICION FRENTE AL IVA:

DOMICILIO: CALLE

N° PISO: DTO: LOCALIDAD: CP:

E-MAIL: TELEFONO:

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA:

CUIT/CUIL:

CBU (22 DIGITOS):

TIPO DE CUENTA: N°

BANCO: SUCURSAL:

El que suscribe, en mi carácter de titular/representante, autorizo por la presente a SERVESALUD a realizar el pago de los honorarios y/o prestaciones que me correspondiere percibir de la Obra Social a través del sistema de transferencia bancaria electrónica gratuito, a la cuenta cuyos datos se detallan en el apartado precedente. No pudiendo ser esta una cuenta de terceros. Aceptando que este medio de pago por transferencia bancaria es el único régimen de cobranza de servicios habilitado por SERVESALUD.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma por la Obra Social y hasta tanto no medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla, de modo que los pagos efectuados a la cuenta arriba transcripta, se considerarán válidos quedando eximida la Obra Social de cualquier responsabilidad al respecto. De la misma manera me comprometo a informar dentro de las 48 horas de producido cualquier cambio que surgiera con relación a la cuenta bancaria informada.

Se le recuerda que todos los pagos efectuados bajo la modalidad de transferencia bancaria serán efectuados una vez presentada y auditada la factura correspondiente. Asimismo, le hacemos saber que, si por su condición tributaria debe usted emitir recibo, deberá obligatoriamente presentarlo en original dentro de los diez (10) días de acreditadas las sumas en su cuenta bancaria, de manera que, ante la falta de presentación de dichos recibos, nos veremos en la obligación, en caso de corresponder, a hacer la notificación al organismo pertinente. Por último se informa que en caso, que usted adeude la presentación de recibos anteriores, la Obra Social se reserva el derecho de discontinuar futuros pagos bajo esta modalidad, hasta tanto usted no cumpla con su obligación.

DEBE ACOMPAÑARSE DE CBU EMITIDO POR LA ENTIDAD BANCARIA.

FIRMA Y SELLO

ACLARACION