



DISCAPACIDAD

Historia Clínica

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA DEL INFORME:

NOMBRE Y APELLIDO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI DEL BENEFICIARIO:

DIAGNÓSTICO - CAPACIDAD FUNCIONAL (especificando puntaje en escala FIM)

ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE - Evolución en el último año

SOLICITUD DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	CANTIDAD SESIONES	FRECUENCIA	INSTITUCIÓN / TIPO JORNADA (*)	DESDE - HASTA (Mes/Año . - Mes/Año)

(*) Solo se completa en caso de concurrencia a Centro Educativo Terapéutico y/o Centro de Día.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

ESPECIALIDAD

TELÉFONO O CELULAR



DISCAPACIDAD

Solicitud de Prestaciones

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:

DNI:

N° DE SOCIO:

DIAGNÓSTICO:

PRESTACIONES

PRESTACIÓN	SESIONES X SEM TIPO DE JORNADA	DESDE - HASTA (Mes/Año - Mes/Año)	DEPENDENCIA	ALIMENTACIÓN

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

ACLARACIÓN

FECHA (ANTERIOR AL INICIO DE LAS PRESTACIONES)



SERVESALUD

DISCAPACIDAD - SOLICITUD DE TRANSPORTE

FECHA DE SOLICITUD:/...../.....

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DNI: _____

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES: _____

TURNO / HORARIO: _____

HERMANOS: SI NO ACTIVIDAD: _____

TURNO / HORARIO: _____

DATOS DE LA DISCAPACIDAD

DIAGNÓSTICO: _____

DSM IV- CIE X (consignar los ejes): _____

DEFICIENCIA: _____

JUSTIFICACIÓN MEDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE:

MÉDICO SOLICITANTE	PACIENTE O RESPONSABLE
FIRMA	FIRMA
SELLO O ACLARACIÓN	ACLARACIÓN
	DNI
	VÍNCULO



SERVESALUD

DISCAPACIDAD

Conformidad de Prestación - Año 2022

FECHA DE CONFORMIDAD:/...../.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

DNI DEL BENEFICIARIO:

Yo con Documento Tipo (.....) N° doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación:
Prestador:
Período de la prestación: Desde Hasta

2. Prestación:
Prestador:
Período de la prestación: Desde Hasta

3. Prestación:
Prestador:
Período de la prestación: Desde Hasta

Firma:

Aclaración:

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

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

Firma:

Aclaración:

Documento:



SERVESALUD

DISCAPACIDAD

ESCALA FIM (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

FECHA: / /

DATOS DEL SOCIO

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

DNI:

N° DE SOCIO:

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

Firma y Sello del
Médico



SERVESALUD

DISCAPACIDAD - PROFESIONALES

Plan de tratamiento - Consentimiento Informado

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: _____

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO: _____

LOC./PROV.: _____

TELÉFONO / CELULAR: _____

E-MAIL: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO Y LA PRESTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____

PRESTACIÓN / ESPECIALIDAD (según mecanismo Integración)	CANTIDAD SESIONES	MONTO SESIÓN (\$)	MONTO MENSUAL (\$)

PERÍODO DESDE: / / HASTA: / /

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

ESPECIALIDADES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:
	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:
	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:
	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

CONSENTIMIENTO

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO: _____

DNI: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ACLARACIÓN Y DNI DEL FIRMANTE

LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO: _____



SERVESALUD

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES

Plan de tratamiento - Consentimiento Informado

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL:

DOMICILIO:

LOC./PROV.:

TELÉFONO / CELULAR:

E-MAIL:

DATOS DEL BENEFICIARIO Y LA PRESTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

PRESTACIÓN:

TIPO DE JORNADA (SIMPLE O DOBLE):

DEPENDENCIA:

SI

NO

MATRÍCULA (\$):

MONTO MENSUAL (\$):

CATEGORÍA:

PERÍODO CICLOLECTIVO:

DESDE:

/ /

HASTA:

/ /

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

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

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

ACLARACIÓN

CONSENTIMIENTO

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:

DNI:

N° DE SOCIO

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ACLARACIÓN Y DNI DEL FIRMANTE

LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO:



SERVESALUD

DISCAPACIDAD - INTEGRACION ESCOLAR

Plan de tratamiento - Consentimiento Informado

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: _____

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO DE ATENCIÓN: _____

LOC./PROV.: _____

TELÉFONO / CELULAR: _____

E-MAIL: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO Y LA PRESTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____

PRESTACIÓN A BRINDAR: _____

MONTO MENSUAL (\$): _____

PLUS ZONA DESFAVORABLE: %

\$

PERÍODO CICLOLECTIVO: _____

DESDE: / /

HASTA: / /

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

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

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

ACLARACIÓN

CONSENTIMIENTO

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO: _____

DNI: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ACLARACIÓN Y DNI DEL FIRMANTE

LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO: _____



SERVESALUD

DISCAPACIDAD -TRANSPORTE

Diagrama de traslados - Consentimiento Informado

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL:

DOMICILIO:

LOC./PROV.:

TELÉFONO / CELULAR:

E-MAIL:

DATOS DEL BENEFICIARIO Y EL ESQUEMA DE TRANSPORTE

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

TRASLADOS:

PARTIDA	DESTINO	VIAJES / DÍA	KM / VIAJE	IMP(\$)/ KM	IMP (\$) DIARIO

DEPENDENCIA: SI NO

MONDOMENSUAL(\$):

PERÍODO DESDE: / / HASTA: / /

CRONOGRAMA DE TRASLADOS (marcar con una X los días de traslados)

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

* DETALLAR APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDAN (SÓLO EN CASO DE SOLICITAR DEPENDENCIA):

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL TRANSPORTE

ACLARACIÓN

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al:

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:

DNI:

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ACLARACIÓN Y DNI DEL FIRMANTE

LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO:



SERVESALUD

DISCAPACIDAD

Apoyo a la Integración Escolar - Equipo

Acta Acuerdo Integración

La **Institución /Equipo** se compromete a realizar la integración del/la niño/a con Documento Tipo (.....) N° bajo la responsabilidad de la **Maestra Integradora**:

Lugar donde se realiza la Integración:

Días de concurrencia de la **profesional** a la Escuela Común:

Horario de concurrencia de la **profesional** a la Escuela Común:

Días de concurrencia del **Beneficiario** a la Escuela Común:

Horario de concurrencia del **Beneficiario** a la Escuela Común:

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y consentimiento a los días del mes de de 2022.

Firma y sello del Establecimiento
Educativo Común

Firma y sello del
Equipo Integrador

Firma (Padre/ Madre o Tutor Legal)



SERVESALUD

DISCAPACIDAD

Maestro de Apoyo / Integrador

Acta Acuerdo Integración

La **Profesional** se compromete a realizar la integración del/la niño/a con Documento Tipo (.....) N°

Lugar donde se realiza la Integración:

Días de concurrencia de la **profesional** a la Escuela Común:

Horario de concurrencia de la **profesional** a la Escuela Común:

Días de concurrencia del **Beneficiario** a la Escuela Común:

Horario de concurrencia del **Beneficiario** a la Escuela Común:

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y consentimiento a los días del mes de de 2022.

Firma y sello del Establecimiento
Educativo Común

Firma y sello de la
Maestra Integradora

Firma (Padre/ Madre o Tutor Legal)



SERVESALUD

PAGO DE SERVICIOS MÉDICO ASISTENCIALES POR TRANSFERENCIA BANCARIA

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE DEL PRESTADOR:

Nº DE PRESTADOR:

CUIT:

DATOS CUENTA BANCARIA

CBU:

Nº SUCURSAL:

Nº DE CUENTA:

TIPO DE CUENTA:

CUENTA CORRIENTE:

CAJA DE AHORRO:

DENOMINACIÓN CUENTA BANCARIA:

DENOMINACIÓN ENTIDAD BANCARIA:

FECHA

FIRMA Y SELLO

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 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.