Care Salud

INSTRUCTIVO PRESTACIONAL

DISCAPACIDAD

Puede comunicarse con nosotros vía mail: integración@caresalud.com.ar
O por teléfono al: 0810-2200-273

Horario: Lunes a Viernes de 8 a 16 horas.
Dirección: Maipú 340 (6to Piso) - CABA

IMPORTANTE:

Este manual se fundamenta estrictamente en el marco legal vigente:

- **Ley N° 24.901:** Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral.
- **Ley N° 22.431:** Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad.

La cobertura se rige por el **Nomenclador de Prestaciones Básicas de la SSSalud**, y los valores prestacionales están sujetos a los aranceles y actualizaciones dispuestos por el Ministerio de Salud de la Nación y publicados en el Boletín Oficial.

Normas de Envío de Documentación:

Toda la documentación debe remitirse cumpliendo los siguientes estándares de auditoría:

1. **Formato:** Un **único archivo PDF** unificado, ordenado y perfectamente legible.
2. **Asunto del correo:** Debe indicar obligatoriamente “NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO – DNI”
3. **Prohibiciones:** En ninguna circunstancia se aceptarán documentos con enmiendas, tachaduras, fotos de firmas, ni firmas "recortadas y pegadas".
4. **Resguardo:** Es responsabilidad de la familia conservar los originales en papel para posibles auditorías físicas en terreno por parte del Agente de Salud.
    a) En algunos casos, si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos médicos establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.

Gestión de Prestadores y Orientación:

Con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial y responder a las necesidades específicas de cada afiliado, Care Salud establece las siguientes pautas para la selección y asignación de prestadores:

1. Elección y Propuesta de Prestadores: Para facilitar el acceso a las coberturas, el beneficiario tiene la opción de proponer a un profesional o centro de su preferencia, aunque no se encuentre incorporado en la cartilla institucional.

2. Evaluación y Auditoría Médica: El área de Integración recepcionará la documentación del prestador propuesto y la derivará al equipo de Auditoría Médica, el cual evaluará su idoneidad profesional, la adecuación a la prestación solicitada y el cumplimiento de los requisitos regulatorios vigentes antes de otorgar la autorización.
3. Orientación en la Búsqueda: Cuando el beneficiario o su familia requieran asistencia para identificar un profesional adecuado, el sector de Integración brindará acompañamiento y orientación personalizada para la selección del prestador.

Proceso de Autorización y Auditoría Médica:

El proceso administrativo de validación comprende:

- Recepción: El ingreso de documentos no implica la autorización automática de la cobertura ni la renovación de periodos anteriores.
- Plazo de Auditoría: La evaluación técnico-médica se realizará en un plazo de hasta 30 días hábiles.
- Evaluación Interdisciplinaria: Se coordinará una entrevista inicial con el Equipo Interdisciplinario (EID) para la adecuación del plan de tratamiento al diagnóstico del beneficiario.

Procedimiento de Coordinación y Realización de la Entrevista Inicial Interdisciplinaria (EID)

1. Solicitud de Entrevista y Relevamiento de Datos

- El beneficiario, familiar o representante legal deberá contactarse a la casilla institucional **integracion@caresalud.com.ar** o completar el formulario digital de solicitud de cobertura provisto por la institución.
- En dicha solicitud, el usuario deberá consignar de carácter obligatorio: datos de contacto actualizados (teléfono y correo electrónico), diagnóstico principal del beneficiario y una franja horaria de preferencia para recibir comunicaciones.

2. Asignación Profesional

- El área de Integración de Care Salud recepcionará la solicitud y la documentación respaldatoria inicial.
- Se realizará una evaluación preliminar del perfil del beneficiario para designar al profesional idóneo del Equipo Interdisciplinario (Lic. en Psicología, Lic. en

Psicopedagogía o Médico/a Psiquiatra) que llevará a cabo la entrevista, garantizando un abordaje específico según el diagnóstico.

3. Contacto y Confirmación de Agenda

- Un representante del equipo de Care Salud se comunicará telefónicamente con la familia o el beneficiario, respetando la franja horaria de preferencia indicada previamente.
- Durante este contacto, se acordará el día y horario de la entrevista con el profesional asignado.
- Asimismo, se definirá la modalidad de atención, la cual podrá ser:
    - **Presencial:** En las oficinas de Care Salud.
    - **Virtual:** Mediante el envío de un enlace seguro para videollamada institucional.

4. Desarrollo de la Evaluación Técnico-Médica

- El día pautado, el profesional del EID designado llevará a cabo la entrevista para evaluar las necesidades del paciente y auditar la adecuación del plan de tratamiento solicitado.
- Todo contacto, intento de comunicación y el resultado de la entrevista quedarán debidamente registrados en el sistema de gestión de Care Salud para garantizar la trazabilidad del proceso ante eventuales auditorías de la SSS.

Advertencia: No se autorizarán períodos retroactivos ni prestaciones iniciadas sin autorización previa fehaciente. La prestación brindada sin orden de autorización es responsabilidad exclusiva del prestador y el afiliado. Care Salud no reconocerá deudas por estos periodos.

El beneficiario debe tener en cuenta:

- Variaciones en las prestaciones: Se debe informar cualquier variación, inclusión, exclusión, modificación, etc., que se produzca en el tratamiento para realizar el seguimiento necesario en caso de que no coincida lo presentado por el prestador y lo brindado a la familia. por medio de una nota firmada por el titular en original.
- Cambio de Prestador**:** Se admitirá un máximo de 2 (dos) cambios de prestador por año calendario para una misma prestación. El segundo cambio será sometido a una evaluación por parte del sector de Auditoría Médica. Para ello, será de carácter obligatorio adjuntar una nota formal justificando el motivo del cambio (ej. renuncia del profesional, mudanza familiar, fuerza mayor) junto con la documentación completa del nuevo prestador.

- Incorporación de Nuevas Prestaciones: La solicitud para incorporar nuevas prestaciones al plan de tratamiento tendrá como fecha límite el mes de **septiembre** de cada año. Toda solicitud de nueva prestación que ingrese durante el último trimestre del año será evaluada y, de corresponder, autorizada exclusivamente para el ciclo prestacional del **año siguiente**, no teniendo vigencia para el año en curso.

A continuación, se realiza un breve resumen de las prestaciones que conforman el Mecanismo de Integración de la Superintendencia de Salud (SSS) para orientar a las familias y/o tutores sobre la cobertura prestacional

Categoría	Prestaciones Incluidas	Observaciones, Topes y Condiciones
Prestaciones de Rehabilitación Ambulatoria	Terapias de Apoyo (Psicología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, etc.). Módulo Integral Simple e Intensivo Estimulación Temprana.	**Estimulación Temprana:** Corresponde para menores (de 0 a 6 años). **Prestaciones de Apoyo:** Según Res. 428/99 se permiten un máximo de 10 (diez) sesiones semanales de terapias. Por lo tanto, las terapias que posea el asociado deben distribuirse de manera equitativa para no superar lo permitido. **Módulos**: Se autorizan desde los 3 años, al superarse las cinco sesiones semanales el módulo se considera intensivo, en caso contrario, continúa siendo simple. **General:** No se autorizan presupuestos que incluyan gastos de capacitación, supervisión o coordinación.
Educativas	Apoyo a la Integración Escolar (SAIE), Maestra/o de Apoyo, Escolaridad (Pre-primaria, Primaria).	**Maestra de Apoyo:** Brindada por profesional independiente. Para facturar el módulo, la jornada debe ser de 8 a 20 horas semanales. En caso de ser menos, se factura por valor hora. **El profesional no puede brindar otra terapia ambulatoria al socio**, es decir, su Psicopedagogo/a no puede ser su maestro/a de apoyo. **SAIE:** Brindada exclusivamente por institución categorizada con equipo.
Terapéutico - Educativas	Centro de Día (CD), Centro Educativo Terapéutico (CET), Formación Laboral, Aprestamiento Laboral.	**Alimentación:** Si el afiliado asiste en Jornada Doble, no corresponde facturar alimentación. Si asiste en Jornada Simple, se factura por separado (una factura por la prestación y otra por alimentación).
Transporte	Traslado hacia y desde establecimientos educativos o de rehabilitación.	**Topes:** Máximo autorizado de 1500 km mensuales. **Tramo Corto:** Todo traslado inferior a 12 km (ida y vuelta) se factura con el valor base equivalente a 12 km.

Dependencia	Este adicional sólo se puede solicitar para Centro Educativo Terapéutico (CET), Centro de Día, Hogar (o Hogar de Día) y Transporte.	Para que sea evaluado, se debe presentar obligatoriamente el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala FIM (Medida de Independencia Funcional), la cual debe estar confeccionada por un Terapista Ocupacional o por el médico tratante. No puede ser solicitada para beneficiarios menores de 6 años. El monto por dependencia equivale al **35 %.** Debe estar especificado explícitamente dentro del valor de la sesión o del kilómetro al momento de confeccionar la factura.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

FAMILIA Y/O TUTORES LEGALES

1. Certificado Único de Discapacidad (CUD): En caso de encontrarse vencido deberá adjuntar una fotocopia del comprobante del turno para su renovación.
2. DNI del titular y de la persona que recibirá la prestación.
3. Planilla de datos personales.
4. Planilla de compromiso (normativas de discapacidad).
5. Constancia de Alumno Regular (CAR).
6. Le solicitarán al médico de cabecera:
    a) Orden médica:
        - Debe ser legible e indicar el período de la prestación.
        - La fecha de esta debe ser anterior al inicio de la prestación.
        - Firma y sello del médico tratante.
        - Diagnóstico coincidente al CUD.
    b) Resumen de Historia Clínica (debe presentar la planilla que adjuntamos en el Anexo)
    c) Escala FIM para la Dependencia (en caso de solicitar servicios que la requieran se debe adjuntar la planilla del Anexo).

PRESTADORES

1. Tratamientos de Rehabilitación Ambulatoria:
    - La orden que solicite este tipo de tratamiento deberá aclarar la prestación y su frecuencia semanal y/o mensual (Por ejemplo: Se solicita dos sesiones semanales de Psicología de enero a diciembre 2026).
    - Planilla de Alta de Prestador.
    - Consentimiento informado.
    - Informe de Admisión/Inicial.
    - Informe semestral que detalle evolución del beneficiario (esto debe presentarse en el mes de junio y diciembre.
    - Plan de Trabajo.
    - Presupuesto y cronograma.
    - Constancia de CUIL e IIBB (en caso de que corresponda).
    - Constancia de CBU.
    - Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) con su correcta extensión de acreditación del Servicio Nacional de Rehabilitación (en caso de ser Centro Categorizado).
    - Seguros y habilitaciones del centro o consultorio que se utilizará.
    - En caso de ser prestadores autónomos deben agregar a la presentación anterior: seguro de mala praxis, título profesional y analítico legalizado.
2. Prestaciones Educativas: Las mismas son cubiertas de febrero a diciembre (en enero **no** hay cobertura de prestaciones escolares).
    - Escuela Especial
        1. La orden médica debe indicar si es jornada doble o simple.
        2. Se debe presentar la documentación informada en el punto anterior (Rehabilitación ambulatoria) con los siguientes adicionales:
            a. Cronograma detallado con las actividades diarias.
            b. Constancia de Alumno Regular.
            c. Acreditación del Servicio Nacional que lo habilite a ejercer la prestación de: EGB con integración, Educación Inicial, Educación Inicial con Integración.
    - Maestra/o de Apoyo: Es requisito excluyente que la persona que brinde esta prestación posea título afín a la pedagogía (Lic. En

Psicopedagogía/Prof. De Ed. Especial). **No se autorizará** profesionales de Psicología, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, entre otros.

1. Se presentará la documentación nombrada en el punto uno (Rehabilitación Ambulatoria) junto con otros adicionales:
    a. Es requisito indispensable presentar una copia de antecedentes penales actualizada.
    b. Título habilitante (tanto diploma como analítico).
    c. Acta de acuerdo (ver modelo en el Anexo). En caso de solicitarse la autorización fuera del ciclo lectivo (receso escolar), se brindará una **prórroga de dos meses contados a partir del inicio de clases** para la presentación del documento.
    d. Proyecto Pedagógico Individual (PPI).
    e. La presentación del PPI no exime la del Plan de Trabajo.

- Módulo de Apoyo a la Integración Escolar
    1. Se presentará la documentación nombrada en el punto uno (Rehabilitación Ambulatoria) junto con otros adicionales:
        a. Acta de acuerdo (ver modelo en el Anexo). En caso de solicitarse la autorización fuera del ciclo lectivo (receso escolar), se brindará una **prórroga de dos meses contados a partir del inicio de clases** para la presentación del documento.
        b. Proyecto Pedagógico Individual (PPI).
            1. La presentación del PPI no exime la del Plan de Trabajo.
        c. Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) con su correcta extensión de acreditación del Servicio Nacional de Rehabilitación para ejercer la prestación de Integración Escolar.

3. Prestaciones Terapéuticas – Educativas
    - La orden que solicite este tipo de tratamiento deberá aclarar el tipo de jornada y categoría del centro que se solicita. Asimismo, tiene que mencionar si requiere o no de dependencia.
    - Se presentará la documentación nombrada en el punto uno (Rehabilitación Ambulatoria) junto con otros adicionales:
        1. Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) con su correcta extensión de acreditación del

Servicio Nacional de Rehabilitación para ejercer la prestación de CET, Centro de Día, etc.

2. Cronograma de actividades semanales.
3. Seguros y habilitaciones del centro que se utilizará.
4. Planilla FIM (en caso de solicitar dependencia).

4. Transporte Especial:

- Se deja expresa constancia de que la cobertura de transporte está destinada únicamente a la asistencia a terapias, centros o establecimientos educativos aprobados. Por lo tanto, **el transporte no podrá utilizarse para asistir a turnos médicos puntuales, estudios de rutina, ni podrá ser utilizado por familiares si no viaja el socio titular de la prestación.**
- La orden médica deberá aclarar explícitamente a qué prestación solicita el traslado.
- Si cuenta con dependencia debe indicarlo en la orden médica y completar la planilla FIM adjunta en el Anexo.
- Consentimiento Informado.
- Presupuesto y Cronograma.
- Constancia de CUIT.
- Constancia de CBU.
- Licencia de Conducir (vigente).
- Verificación Técnica Vehicular (VTV).
- Habilitación municipal de la empresa o transportista.
- Póliza de seguro.
- Antecedentes Penales de la persona que realice el traslado.
- Copia de la ruta realizada a través de Google Maps.
- Tabla FIM (en caso de que se solicite dependencia).

Care Salud

ANEXO

Care Salud

PLANILLA DE DATOS

FECHA DE EMISIÓN: / /

DATOS DEL TITULAR			
NOMBRE Y APELLIDO			
TELÉFONO *(indicar disponibilidad horaria)*			
CORREO ELECTRÓNICO			
DOMICILIO		LOCALIDAD	
DATOS DEL BENEFICIARIO/A			
NOMBRE Y APELLIDO			
EDAD			
DOMICILIO		LOCALIDAD	
TELÉFONO *(indicar disponibilidad horaria)*			

INDICAR A CONTINUACIÓN EL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	OCUPACIÓN

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TITULAR

Care Salud

NORMATIVAS DE DISCAPACIDAD

Lea con atención las siguientes normativas:

- El inicio del trámite no implica en sí mismo su autorización.
- El inicio de las prestaciones sin autorización no obliga a la CARE SALUD a cubrir las prestaciones.
- Si en años anteriores las prestaciones por discapacidad fueron brindadas por CARE SALUD, de igual manera deberán renovar la autorización para el año siguiente según los circuitos establecidos por la cobertura correspondiente.
- El resumen de historia clínica y la orden médica **no** pueden ser realizados por un médico de la institución en la que se realizará el tratamiento y tienen que estar confeccionados por separado.
- Ante cualquier irregularidad presentada, el sector de auditoría podrá indicar la interrupción de la prestación autorizada en cualquier momento del año.
- Las familias se ven en obligación de comunicar cualquier modificación en el tratamiento o datos de afiliación: Cambios de domicilio, bajas, cambios de titularidad, etc.
- En todas las prácticas, los presupuestos deberán registrarse según los aranceles que establece la Superintendencia de Servicios de Salud para misma carga horaria y similar función.
- Se solicitarán informes evolutivos a los 6 (seis) meses de iniciado el tratamiento y será condición para la recepción y carga de la facturación.
- En caso de que la Superintendencia de Salud decrete una nueva resolución que enumere documentación nueva para solicitar, se les pedirá a sus prestadores su envío o puede suspenderse la prestación.

He leído y estoy de acuerdo con las condiciones planteadas por CARE SALUD.

_____

Firma aclaración y documento del adulto responsable

Care Salud

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE EMISIÓN: / /

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	
FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD ACTUAL	
NRO DE DOCUMENTO	
DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD	
MÉDICO/A TRATANTE	

1. **ANTECEDENTES DE SALUD (INDICAR FECHA DE DIAGNÓSTICO, HECHOS EVOLUTIVOS SIGNIFICATIVOS, MEDICACIONES, TERAPIAS, ANTECEDENTES FAMILIARES, ENTRE OTROS):**

2. **EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO Y ESTADO ACTUAL (ESPECIFICAR SI CONTINÚA O COMIENZA CON TOMA DE MEDICACIÓN):**

3. **PLAN TERAPÉUTICO RECOMENDADO:**

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL: _____

Care Salud

PLANILLA DE ASISTENCIA PRESTACIONAL

Nombre del Beneficiario	
Razón Social del Prestador	
Descripción de la Prestación	
Número de Factura	
Mes y Año de Prestación	

Fecha	Horario	Firma y Aclaración de Familia/Tutor

La presente planilla de asistencia se firma con carácter de **declaración jurada** por las partes intervinientes, dejando constante y fiel testimonio de la efectiva prestación y conformidad en la recepción del servicio.

Firma y Sello Prestador

Firma de la familia y/o Tutor

Care Salud

PLANILLA DE ASISTENCIA - TRANSPORTE

Nombre del Beneficiario	
Razón Social del Prestador	
Descripción de la Prestación	
Número de Factura	
Mes y Año de Prestación	

Fecha	Motivo de traslado	Firma y Aclaración de Familia/Tutor

Cantidad de kilómetros mensuales: _____

Dependencia: SI ☐ NO ☐

_____ Firma y Sello Prestador

_____ Firma de la familia y/o Tutor

La presente planilla de asistencia se firma con carácter de **declaración jurada** por las partes intervinientes, dejando constante y fiel testimonio de la efectiva prestación y conformidad en la recepción del servicio.

Care Salud

PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA
PRESTACIONES EDUCATIVAS Y/O TERAPÉUTICAS EDUCATIVAS

FECHA DE EMISIÓN: / /

RAZÓN SOCIAL		
CUIT		
DOMICILIO		
CORREO ELECTRÓNICO		
BENEFICIARIO		
DNI		
MARQUE LA MODALIDAD PRESTACIONAL QUE BRINDARÁ		MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
		MAESTRA DE APOYO
		ESCUELA ESPECIAL - ESCOLARIDAD
		ESTIMULACIÓN TEMPRANA
		CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO (CET)
		CENTRO DE DÍA
		FORMACIÓN LABORAL
JORNADA		
CATEGORÍA		
PERIODO (desde - hasta)		
MONTO MENSUAL (SIN DEP.)		
CANT. DE HORAS POR MES		

EN CASO DE CORRESPONDER

MARQUE CON "X" SEGÚN CORRESPONDA	SI	NO
ALMUERZO		
DEPENDENCIA		
MONTO CON DEPENDENCIA (35%)		

Care Salud

PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA
PRESTACIONES EDUCATIVAS Y/O TERAPÉUTICAS EDUCATIVAS

CRONOGRAMA SEMANAL DE LA PRESTACIÓN

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORARIOS							

DETALLE A CONTINUACIÓN EL EQUIPO INTERVINIENTE:

NOMBRE DEL PROFESIONAL	TÍTULO	OBSERVACIONES (FUNCIONES, OBJETIVOS Y TAREAS)

EN CASO DE FORMACIÓN LABORAL, CENTRO DE DÍA, ED. ESPECIAL Y CET, DENTRO DEL PLAN DE TRABAJO DEBE INCLUIR UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEMANALES.

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Firma y sello del prestador

Care Salud

PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA
PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN AMBULATORIAS

FECHA DE EMISIÓN: / /

RAZÓN SOCIAL		
CUIT		
DOMICILIO		
CORREO ELECTRÓNICO		
BENEFICIARIO		
DNI		
MARQUE LA MODALIDAD PRESTACIONAL QUE BRINDARÁ		PRESTACIÓN DE APOYO
		MÓDULO INTEGRAL SIMPLE
		MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO
		ESTIMULACIÓN TEMPRANA
PERÍODO (desde - hasta)		
MONTO MENSUAL		
CANT. DE SESIONES POR MES		

CRONOGRAMA SEMANAL DE LA PRESTACIÓN

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORARIOS							
HORARIOS							
HORARIOS							

(En caso de módulos y estimulación temprana, discriminar la terapia que realiza cada día)

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Firma y sello del prestador

Care Salud

PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA - TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN: / /

RAZÓN SOCIAL		
CUIT		
DOMICILIO		
CORREO ELECTRÓNICO		
BENEFICIARIO		
DNI		
MARQUE SEGÚN CORRESPONDA		SIN DEPENDENCIA
		CON DEPENDENCIA
		TRAMO CORTO
PERÍODO (desde - hasta)		
CANT. DE KILÓMETROS POR MES		
MONTO MENSUAL (SIN DEPENDENCIA)		
MONTO MENSUAL (CON DEPENDENCIA)		

CRONOGRAMAS SEMANALES DE LA PRESTACIÓN ***(Indicar con una X los días de traslado y luego detallar)***

VIAJES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1						
2						
3						

VIAJES	DOMICILIO DE PARTIDA *(Indicar casa/terapia/escuela)*	DOMICILIO DE DESTINO *(Indicar casa/terapia/escuela)*	KILÓMETRO POR VIAJE (IDA)	KILÓMETRO POR VIAJE (VUELTA)	KILÓMETROS DIARIOS	IMPORTE DIARIO
1						
2						
3						

Firma y aclaración del Prestador: _____

Care Salud

INFORME INICIAL

FECHA DE EMISIÓN: / /

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	
NRO DE DOCUMENTO	
AÑO DE PRESTACIÓN	
PRESTACIÓN	
FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR	

Care Salud

INFORME SEMESTRAL

FECHA DE EMISIÓN: / /

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	
NRO DE DOCUMENTO	
SEMESTRE INFORMADO	
PRESTACIÓN	
FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR	

Care Salud

PLAN DE TRABAJO

FECHA DE EMISIÓN: / /

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	
NRO DE DOCUMENTO	
AÑO DE PRESTACIÓN	
PRESTACIÓN	
FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR	

En caso de prestaciones educativas o educativo-terapéuticas adjuntar PPI o cronograma de actividades según corresponda.

Care Salud

ACTA DE ACUERDO - INTEGRACIÓN ESCOLAR

FECHA DE EMISIÓN: / /

En el día de la fecha, se establece el presente acuerdo entre la Escuela _____ con domicilio sito en _____ representada por _____, la Maestra de Apoyo / el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar/Acompañante terapéutico representada por _____ y la familia del niño/a _____ con DNI _____ para llevar a cabo la integración del niño/a en el año/grado/sala _____ turno _____ en los días horarios nombrado a continuación:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

La Institución educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de AIE/A.T se compromete a:

1. Atender al niño según las necesidades vinculadas a su educación.
2. Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
3. Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas
4. emanadas del ministerio de Educación.
5. Realizar la evaluación media y fina en forma interdisciplinaria.

La Familia se compromete a:

1. Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
2. Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
3. Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
4. Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la
5. atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de
6. integración.

La continuidad del alumno en el Proyecto de Integración escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes, en forma conjunta, podrán considerar toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a.

La no continuidad del proyecto podrá darse por:

1. Incumplimiento de los ítems mencionados ut-supra
2. Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
3. Modificaciones importantes en la conducta.
4. Conflictos en la afiliación del estudiante.

_____	_____	_____
Firma de la Familia/Tutor	Firma y sello del Prestador	Firma y Sello de la Escuela

Care Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA DE EMISIÓN: / /

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ EL SERVICIO

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE FAMILIAR O TUTOR LEGAL

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____

Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito de la prestación a realizar, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas.
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.

PRESTACIÓN	
PRESTADOR/A	
PERÍODO (Desde - Hasta)	

_____

Firma y aclaración
del representante familiar o tutor legal

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento/tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.
Creo que el Sr/Sra. _____ ha comprendido completamente lo explicado y contestado.

_____

Firma y sello del prestador

Care Salud

TABLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Formulario a completar por médico tratante o Licenciado/a en Terapia ocupacional.

FECHA DE EMISIÓN: / /

INDEPENDIENTE	
INDEPENDIENTE TOTAL	7
INDEPENDIENTE CON ADAPTACIONES	6
DEPENDIENTE	
SÓLO REQUIERE SUPERVISIÓN. NO ASISTENCIA.	5
SÓLO REQUIERE MÍNIMA ASISTENCIA. PACIENTE APORTA 75% O MÁS.	4
REQUIERE ASISTENCIA MODERADA. PACIENTE APORTA 50% O MÁS.	3
REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA. PACIENTE APORTA 25% O MÁS.	2
REQUIERE ASISTENCIA TOTAL. PACIENTE APORTA MENOS DEL 25%.	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTOCUIDADO		
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONA	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
TRANSFERENCIA		
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
LOCOMOCIÓN		
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	

Care Salud

TABLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Formulario a completar por médico tratante o Licenciado/a en Terapia ocupacional.

13	ESCALERAS	
COMUNICACIÓN		
14	COMPRENSIÓN	
15	EXPRESIÓN	
CONEXIÓN		
16	INTERACCIÓN SOCIAL	
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
PUNTAJE FIM TOTAL		

FORMULARIO FIM CUALITATIVO (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL) DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique el grado de supervisión o asistencia necesarias 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 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 la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

TABLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Formulario a completar por médico tratante o Licenciado/a en Terapia ocupacional.

_____

_____

_____

_____

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 etc.

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

TABLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Formulario a completar por médico tratante o Licenciado/a en Terapia ocupacional.

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, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pié. 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 una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

_____

_____

TABLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Formulario a completar por médico tratante o Licenciado/a en Terapia ocupacional.

_____

_____

13. ESCALERAS: Implica subir y bajar escalones.

_____

_____

_____

_____

14. COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

_____

_____

_____

_____

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 de 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 las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

_____

_____

_____

_____

17. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: implica resolver problemas cotidianos.

Care Salud

TABLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Formulario a completar por médico tratante o Licenciado/a en Terapia ocupacional.

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

EVALUACIÓN GLOBAL: Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolo-comotores y cognitivos del paciente. Formulario a completar por médico tratante o Lic en Terapia ocupacional.

_____

_____

_____

_____

_____

Firma y sello del profesional

Care Salud

SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

FECHA DE EMISIÓN: / /

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	
DNI DEL BENEFICIARIO	
NOMBRE DEL ADULTO A CARGO *(aclarar vínculo)*	
DNI DEL ADULTO A CARGO	

Por medio de la presente, solicito formalmente la modificación del prestador para *(indicar nombre del beneficiario que recibe la atención)* _____ con DNI _____.

- Prestador / Centro Médico Actual: _____
- Nuevo Prestador / Centro Médico Solicitado: _____
- Especialidad / Servicio: _____

Motivo de la solicitud *(Marcar con una X)*:

[ ] Cambio de domicilio / Cercanía geográfica

[ ] Disponibilidad horaria / Tiempos de espera

[ ] Unificación del grupo familiar

[ ] Inconformidad con la atención recibida

[ ] Otro *(Especificar brevemente a continuación)*:

_____

_____

_____

_____

Firma y aclaración del adulto a cargo: _____

Care Salud

BASE DE DATOS - PRESTADORES DE DISCAPACIDAD

Nombre del Prestador	CUIT	Prestación Ofrecida	Provincia	Partido	Localidad	Domicilio	Teléfono	Email
Prestacion de Rehabilitación Ambulatoria								
Cermi Salud	30-70997309-2	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Psicomotricidad	CABA	CABA	Caballito	Av. Rivadavia 4684	4901-7800	cermisalud@yahoo.com.ar
Cermi Salud	30-70997309-2	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Psicomotricidad	CABA	CABA	Palermo	Av. Córdoba 3534	4862-0204	cermisalud@yahoo.com.ar
Cermi Salud	30-70997309-2	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Psicomotricidad	Buenos Aires	San Fernando	San Fernando	Av. Pres. Perón 1045	4725-5195	cermisalud@yahoo.com.ar
Cermi Salud	30-70997309-2	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Psicomotricidad	Buenos Aires	La Matanza	San Justo	Dr. Enrique Eizaguirre 2431	4651-2153	cermisalud@yahoo.com.ar
CETET	30-70828906-6	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Estimulación Temprana	Buenos Aires	Avellaneda	Avellaneda	Av. Hipolito Yrigoyen 670	1137040576	admidiscapacidad.cetet@gmail.com avellaneda@cetet.com.ar
CETET	30-70828906-6	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Estimulación Temprana	Buenos Aires	Tigre	Don Torcuato	Boulogne Sur Mer 2881	1134467378	admidiscapacidad.cetet@gmail.com dontorcuato@cetet.com.ar
CETET	30-70828906-6	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Estimulación Temprana	Buenos Aires	Campana	Campana	Becerra 626	1144440543	admidiscapacidad.cetet@gmail.com campana@cetet.com.ar
Ctro. de Rehabilitación Pasil	30-71622997-8	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Fonoaudiología	Buenos Aires	Quilmes	Quilmes	Rivadavia 437	11 25157444	admisiones@pasil.com.ar
Assistire	30-71512397-1	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Musicoterapi, Estimulación Temprana	Buenos Aires	Lanús	Lanús	Av. H. Yrigoyen 4726	11 4249-0037	contacto@assistire.com.ar
Assistire	30-71512397-1	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Musicoterapi, Estimulación	Buenos Aires	Lomas de Zamora	Banfield	Av. H. Yrigoyen 7024	11 2205-1847	contacto@assistire.com.ar

		Temprana						
Assistire	30-71512397-1	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiologia, Fonoaudiología, Musicoterapia, Estimulación Temprana	Buenos Aires	Lomas de Zamora	Lomas De Zam	Manuel Castro 415	11 6068-0577	contacto@assistire.com.ar
Centro San Agustín	30-71460690-1	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Estimulación Temprana	Buenos Aires	Esteban Echeverría	Luis Guillón	Arana 1442	1164360828	centrosanagustin1@gmail.com

Centro San Agustín	30-71460690-1	Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Fonoaudiología, Estimulación Temprana	Buenos Aires	Ezeiza	Ezeiza	Paso de la Patria 45	60699910	centrosanagustin1@gmail.com
Centro de Rehabilitacion y Estimulacion Temprana Redes	30-71083364-4	Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Psicomotricidad	Buenos Aires	Esteban Echeverría	Monte Grande	Rivadavia 424	11 2279-0264	centro_redes@yahoo.com.ar
Centro de Rehabilitacion y Estimulacion Temprana Redes	30-71083364-4	Estimulación Temprana	Buenos Aires	Esteban Echeverría	Monte Grande	Las Heras 120	11 5502-7720	centro_redes@yahoo.com.ar
CAEDIS	30-71565383-0	Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Musicoterapia	CABA	CABA	La Paternal	Jonte 1762	15 3680 4191	info@caedis.com.ar
CREFIM	30-70744221-9	Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Estimulación Temprana	Buenos Aires	Moreno	Moreno	Tte. Camilli 511	1131596848	crefim1@hotmail.com
Servicio de Apoyo Escolar								
CAEDIS	30-71565383-0	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	CABA	CABA	La Paternal	Jonte 1762	15 3680 4191	info@caedis.com.ar
CETET	30-70828906-5	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	Buenos Aires	Tigre	Don Torcuato	Boulogne Sur Mer 2880	1135988488	saie@cetet.com.ar
Ctro. de Rehabilitación Pasil	30-71622997-8	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	Buenos Aires	Quilmes	Quilmes	Rivadavia 437	11 25157444	admisiones@pasil.com.ar
Assistire	30-71512397-1	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	Buenos Aires	Lanús	Lanús	Av. H. Yrigoyen 4726	11 4249-0037	contacto@assistire.com.ar
Centro San Agustín	30-71460690-1	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	Buenos Aires	Lomas de Zamora	Banfield	Larroque 1320	1121651915	centrosanagustin1@gmail.com
Instituto Jhaiti	30-66172705-1	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	Buenos Aires	Esteban Echeverría	Monte Grande	Florentino Ameghino 537	11 4290-4772	jhaiti_adm_ok@hotmail.com

IZET	30-71515339-0	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	Buenos Aires	Ituzaingó	Ituzaingó	Gral. Alvear 422	11 7144-9935	izeterapeutico@gmail.com
Pontis	30-71526790-6	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	CABA	CABA	Belgrano	Juramento 1445	1161912526	pontisinclusion@gmail.com
Psicop	30-71606682-3	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	Buenos Aires	La Matanza	Ramos Mejia	Florencio Varela 381	1168126331	jofukyosa@hotmail.com
Grupo Trama	30-71137207-1	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	Buenos Aires	San Miguel	San Miguel	Avellaneda 505	11 6511-0382	grupotrama@hotmail.com.ar
ITAL	30-67884984-3	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	Buenos Aires	Morón	Morón	Bartolomé Mitre 1043	44894747	ital_adm@outlook.com
CENIADI	30-71787240-8	Servicio de Apoyo a la Integración Escolar	Buenos Aires	Luján	Luján	Ituzaingó 398	2323652127	psi.florenciazabala@gmail.com