

AÑO 2027



INSTRUCTIVO DE DISCAPACIDAD

MECANISMO DE INTEGRACION

R.N.A.S 9-0060-7
SABER SA
ACTUALIZACION 10/2026

INTRODUCCIÓN	2
CONTACTO.....	3
PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN	3
IMPORTANTE	4
DOCUMENTACION INDISPENSABLE	5
PRESTACIONES EN INSTITUCIONES	6
PRESTACIONES DE REHABILITACION / INSTITUCIONES.....	7
APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR CON EQUIPO (SAIE).....	8
MAESTRO DE APOYO	8
TRANSPORTE	8
CONSIDERACIONES IMPORTANTES	9
CAMBIO DE PRESTADOR.....	9
DETALLE DE FORMULARIOS.....	11

INTRODUCCIÓN

Las solicitudes del año 2027 serán evaluadas de acuerdo a la Resolución 1743/2024 SSSalud.

- No se recibirá documentación que presente tachaduras, imágenes recortadas o ilegibles.
- En caso de que fuera necesario y con el fin de garantizar la calidad en la prestación de servicios, el equipo interdisciplinario de este Agente de Salud podrá solicitar documentación adicional y realizar seguimiento de las prestaciones mediante auditorías. Siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.
- Conforme a lo establecido SABER SA cuenta con un equipo interdisciplinario en Discapacidad, cuya función es evaluar, orientar y realizar seguimiento de las prestaciones que se cubran por discapacidad.
- La recepción de la documentación NO implica su aprobación, ya que se encuentra sujeta a la evaluación que realice el Equipo Interdisciplinario del sector de DISCAPACIDAD.
- Ya sea inicio o continuidad de tratamiento solo podrán comenzar los tratamientos prescritos una vez sea emitida la autorización por parte del Agente de Salud. NO se reconocerán prestaciones sin autorización previa, esto será responsabilidad del prestador/a y del afiliado/titular.
- Se considera la duración mínima de cada sesión: 45 minutos.
- La documentación debe cumplir con los parámetros establecidos en el instructivo y con los formularios solicitados, de lo contrario el expediente será automáticamente RECHAZADO.
- Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren contempladas en el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BASICAS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

ACLARACION: El Agente de Salud NO podrá dar cobertura al profesional o institución que no se encuentre inscripto en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS).

Puede consultar por los prestadores habilitados en el siguiente link



[PRESTADORES HABILITADOS](#)

CONTACTO

Para consultas o dudas pueden comunicarse por los siguientes medios:

- Tel: 4229-4664 (Interno 3046)
- Correo: integracion@sabersalud.com.ar
- Presencial en las oficinas de SABER SALUD: Av. San Martin N°554 – lunes a viernes de 9 a 16 hs.

PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

La presentación de la documentación es DIGITAL obligatoriamente. Puede llevarla a cabo mediante el formulario de carga.

Para la utilización del mismo **es necesario iniciar sesión con su correo electrónico de GMAIL**

- LINK DE ACCESO [CARGA DE DOCUMENTACION](#)
- INSTRUCTIVO [GUIA PASO A PASO](#)

Únicamente en caso de **NO** contar con cuenta de Gmail, debe enviar la documentación del afiliado en **FORMATO PDF, en un solo correo**, a la siguiente dirección: integracion@sabersalud.com.ar

En el asunto del correo debe indicar NOMBRE – APELLIDO DEL BENEFICIARIO Y NÚMERO DE DNI.

Para solicitar la cobertura deberán presentar toda la documentación EN FORMA CONJUNTA.

TODA la documentación debe ser firmada de manera **OLÓGRAFA**, de puño y letra. No se aceptan tachaduras o fotos de la firma.

IMPORTANTE

- La documentación debe estar firmada y sellada por el médico tratante (NEURÓLOGO – PEDIATRA – PSIQUIATRA)
- El CUD debe estar vigente.
- La auditoría de la documentación demora hasta 30 días hábiles, transcurrido ese tiempo pueden consultar por la aprobación.
- El adulto responsable del beneficiario debe tener una copia del expediente en caso de extravío.

ORDENES MÉDICAS:

Deben tener **fecha ANTERIOR al periodo solicitado** (ejemplo: si la prestación solicitada es de ENERO-DICIEMBRE 2027, la orden debe tener fecha de diciembre 2026 o enero 2027).

El médico firmante debe completar **TODAS las ordenes médicas y el RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.**

NO es necesario que sea médico de cartilla, puede ser efector público o particular.

La prescripción NO puede ser realizada por un médico de la institución donde se realicen las prestaciones/terapias/tratamientos.

DOCUMENTACION INDISPENSABLE

Para la aprobación del legajo la siguiente documentación es de carácter obligatoria

1) BENEFICIARIO:

- DNI
- CUD
- FORMULARIOS DATOS PERSONALES
- CONFORMIDAD PRESTACIONAL DE TERAPIAS

2) MEDICO:

- ORDENES SEGÚN FORMULARIO
- RESUMEN DE HISTORIA CLINICA SEGÚN FORMULARIO
- ESCALA F.I.M

3) PRESTADOR:

- FORMULARIO DE PRESUPUESTO
- FORMULARIO DE DATOS DEL PRESTADOR
- INFORME INICIAL
- PLAN DE TRATAMIENTO
- DOCUMENTACION RESPALDATORIA

PRESTACIONES EN INSTITUCIONES

ESCUELA ESPECIAL – CET – FORMACION LABORAL – CENTRO DE DIA – CENTRO DE REHABILITACION - ETC

- En caso de solicitar **DEPENDENCIA** para las prestaciones de CET, hogar, etc. Debe presentar **escala FIM** realizada por terapeuta ocupacional o médico tratante. La presentación de la escala no justifica la dependencia, ya que queda sujeto a evaluación de auditoría la cobertura de la misma.

DOCUMENTACION OBLIGATORIA:

- 1- El centro debe contar con HABILITACION, CATEGORIZACION y REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES VIGENTE
- 2- Póliza de seguro vigente
- 3- Constancia de ARCA – ARBA y certificado de exención en caso de tener
- 4- Constancia de CBU emitida por banco
- 5- Informe inicial o evolutivo de tratamiento
- 6- Plan de tratamiento con objetivos específicos y estrategias
- 7- Formularios del instructivo:
 - PRESUPUESTO PRESTACIONAL (ver formularios)
 - CONFORMIDAD PRESTACIONAL (ver formularios)
 - FORMULARIO DATOS DEL PRESTADOR (ver formularios)

PRESTACIONES DE REHABILITACION / INSTITUCIONES

- **BRINDADAS POR PROFESIONALES INDEPENDIENTES: FONOAUDIOLOGIA – PSICOLOGIA – TERAPIA OCUPACIONAL – KINESIOLOGIA – ETC**
- **BRINDADAS POR CENTROS: ESCUELA ESPECIAL – CET – FORMACION LABORAL – CENTRO DE DIA – CENTRO DE REHABILITACION - ETC**

Los prestadores deben estar inscriptos en el **REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP)** Resolución 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias.

DOCUMENTACION OBLIGATORIA:

- 1- REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES VIGENTE
- 2- Póliza de seguro vigente
- 3- Constancia de ARCA – ARBA - CBU
- 4- Título y matrícula profesional
- 5- Habilitación de consultorio
- 6- En caso de centros agregar: categorización y habilitación.

FORMULARIOS OBLIGATORIOS:

Informe inicial o evolutivo de tratamiento en caso de corresponder

Plan de tratamiento con objetivos específicos. Estrategia pedagógica en caso de corresponder.

Formularios del instructivo:

- PRESUPUESTO PRESTACIONAL (ver formularios)
- CONFORMIDAD PRESTACIONAL (ver formularios)
- FORMULARIO DATOS DEL PRESTADOR (ver formularios)
- ACTA DE ACUERDO (SAIE / MAESTRA APOYO)

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR CON EQUIPO (SAIE)

BRINDADAS POR ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL O CENTRO, AMBOS CATEGORIZADOS PARA DICHO SERVICIO.

MAESTRO DE APOYO

TITULO DE MAESTRA/O ESPECIAL

TRANSPORTE

IMPORTANTE: el pedido de transporte deberá ser indicado y justificado por médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público.

- En caso de solicitar **DEPENDENCIA** se debe presentar la escala FIM (Escala de independencia funcional) confeccionada por médico tratante o Lic en Terapia Ocupacional.
- Según Resolución 1743/2024 la dependencia solo se puede indicar para afiliados mayores de 6 años.
- La SSSalud autoriza una cantidad máxima de kilómetros mensuales, hasta 1500 km. Superada esa cantidad deben presentar **CERTIFICADO POLICIAL DE DOMICILIO** del beneficiario y justificativo medico donde se evidencia la falta de prestador categorizado y de igual calidad prestacional en un radio territorial inferior.

DOCUMENTACION OBLIGATORIA:

- 1- Mapa de recorrido con indicaciones
- 2- Póliza de seguro vigente y VTV (verificación técnica vehicular)
- 3- Constancia de ARCA – ARBA - CBU
- 4- Licencia del conductor vigente
- 5- Habilitación del vehículo a utilizar

Formularios del instructivo:

- PRESUPUESTO TRANSPORTE (ver formularios)
- CONFORMIDAD TRANSPORTE (ver formularios)
- FORMULARIO DECLARACION JURADA DE TRANSPORTE (ver formularios)
- FORMULARIO DATOS DEL PRESTADOR (ver formularios)

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- ✓ En caso de solicitar **MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO**, el médico debe indicar la cantidad de sesiones de cada servicio que se incluyen en el módulo.
- ✓ Cada prestador/institución se hace cargo de sus propias capacitaciones/supervisiones o coordinaciones, no pudiendo transferir el costo al Agente de Salud.
- ✓ Todos los prestadores deberán presentar con la facturación de **JUNIO y DICIEMBRE informes evolutivos**.
- ✓ Las necesidades educativas especiales que requieran los beneficiarios para su adecuado desenvolvimiento en las actividades escolares, se encuentran contempladas dentro de las prestaciones básicas del nomenclador (Res 1328/2006 y 428/99) **únicamente los siguientes módulos:**

- 1- Integración escolar con equipo
- 2- Maestra de apoyo

CAMBIO DE PRESTADOR

- **Se podrán realizar hasta 1 cambio de prestador por servicio al año.**

Para tramitar dicho cambio se deberá presentar:

- 1) NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO (ver adjuntos)
- 2) DOCUMENTACION RESPALDATORIA DEL PROFESIONAL (titulo + RNP + seguro + CBU + ARCA + ARBA + Matricula)
- 3) DOCUMENTACION DEL SERVICIO (presupuesto + informe inicial + plan de tratamiento)



FORMULARIOS

INSTRUCTIVO DE DISCAPACIDAD
MECANISMO DE INTEGRACION

DETALLE DE FORMULARIOS

- 1) **ORDEN MEDICA PARA MODULO DE APOYO O MAESTRA DE APOYO** (completar solo la necesaria)
- 2) **ORDEN MEDICA PARA TRANSPORTE** (completar solo en caso de ser necesario)
- 3) **ORDEN MEDICA PARA PRESTACIONES/TERAPIAS** (una sola con todos los servicios)
- 4) **ORDEN MEDICA PARA CET/ESCUELA/FORMACION LABORAL** (elegir solo una opción)
- 5) **RESUMEN DE HISTORIA CLINICA** (debe completarlo y firmarlo el médico tratante que firmará las ordenes)
- 6) **FORMULARIO DE PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE** (obligatorio completar por el prestador)
- 7) **FORMULARIO DE PRESUPUESTO PARA TERAPIAS/PRESTACIONES** (obligatorio completar por el prestador)
- 8) **CONFORMIDAD DE TRANSPORTE** (debe estar firmada por madre/padre/tutor)
- 9) **CONFORMIDAD DE TERAPIAS/PRESTACIONES** (debe estar firmada por madre/padre/tutor)
- 10) **ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – F.I.M** (Completar en caso de solicitar DEPENDENCIA en algún servicio)
- 11) **DECLARACION JURADA DE TRANSPORTE** (debe estar firmada por madre/padre/tutor)
- 12) **ACTA DE ACUERDO** (debe estar firmada por madre/padre/tutor – escuela – y centro responsable del SAIE)
- 13) **FORMULARIO PARA CAMBIOS O BAJA DE PRESTADORES** (utilizar únicamente si se genera un cambio luego de aprobado el servicio)
- 14) **FORMULARIO DE DATOS PERSONALES** (debe completarlo el titular)
- 15) **FORMULARIO DATOS DE PRESTADOR** (debe completarlo el profesional/centro)

Formulario N°2

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA: INTEGRACIÓN ESCOLAR CON EQUIPO

FECHA:

NOMBRE Y APELLIDO: D.N.I:

Solicito

MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR CON EQUIPO

DESDE: HASTA: 2027

DIAGNÓSTICO

Firma y sello del profesional solicitante

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA: MAESTRA DE APOYO

FECHA: D.N.I:

NOMBRE Y APELLIDO

Solicito **MAESTRA DE APOYO**

DESDE: HASTA: 2027

DIAGNÓSTICO

Firma y sello del profesional solicitante

Formulario N°3

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA: TRANSPORTE

FECHA:

D.N.I:

NOMBRE Y APELLIDO:

Solicito **TRANSPORTE**

MES DE:

HASTA EL MES:

2027

HACIA:

(INDICAR TERAPIA/INSTITUCIÓN)

CON DEPENDENCIA:

NO

☐

SI

☐

(tildar según corresponda)

Justificación médica del por qué no se puede trasladar en transporte público:

DIAGNÓSTICO

Firma y sello del profesional solicitante

Formulario N°4

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA: PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

FECHA:

NOMBRE Y APELLIDO

D.N.I.:

Solicito *(tildar las prestaciones a realizar)*

- | | |
|--|----------------------------|
| ☐ Fonoaudiología | Sesiones por semana: |
| ☐ Psicología | Sesiones por semana: |
| ☐ Psicopedagogía | Sesiones por semana: |
| ☐ Terapia ocupacional | Sesiones por semana: |
| ☐ Kinesiología | Sesiones por semana: |
| ☐ Musicoterapia | Sesiones por semana: |
| ☐ Psicomotricidad | Sesiones por semana: |
| ☐ Otra: | Sesiones por semana: |

MES DE

HASTA MES DE

2027

DIAGNÓSTICO

Firma y sello del profesional solicitante

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA: INSTITUCIONES

FECHA:

D.N.I:

NOMBRE Y APELLIDO:

Solicito *(tilde según corresponda)*

- ESCUELA ESPECIAL
- CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO -> CON / SIN DEPENDENCIA
- CENTRO DE DIA -> CON / SIN DEPENDENCIA
- HOGAR -> CON / SIN DEPENDENCIA
- FORMACIÓN LABORAL

JORNADA SIMPLE

☐

JORNADA DOBLE

☐

DESDE:

HASTA:

2027

DIAGNÓSTICO

Firma y sello del profesional solicitante

FECHA:

Completar todos los campos del formulario

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

PACIENTE:

DNI:

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD:

- **JUSTIFICACIÓN DE DEPENDENCIA** (en caso de corresponder)

- **ANTECEDENTES EDUCATIVOS/TERAPEUTICOS/LABORALES/ETC**

- **EVOLUCION DEL ÚLTIMO AÑO DE TRATAMIENTO**

- **ESTADO ACTUAL**

- **MEDICACION** (indicar cuál en caso de ser afirmativo)

- **PLAN TERAPEUTICO INDICADO PARA EL AÑO 2026** (Detalle de prestaciones solicitadas, en caso de solicitar transporte debe estar justificado)

FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE

Completar todos los campos del formulario

Formulario N°7

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT

Beneficiario:

DNI:

Correo electrónico contacto:

Teléfono:

Compañía de seguro:

Póliza N°

Periodo: Desde

Hasta:

- **Diagrama de traslado:**

VIAJE	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DE DESTINO	KM POR VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
1					
2					
3					
4					

- **Cronograma de traslado:** Marque con una **X** los días de traslado que corresponde a cada viaje.

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
1						
2						
3						
4						

TOTAL, KILOMETROS MENSUALES:

ADICIONAL DEPENDENCIA 35%

SI

NO

VALOR KM

MONTO MENSUAL

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRANSPORTISTA

Completar todos los campos del formulario

Formulario N°8

PRESUPUESTO PRESTACIONES DE APOYO / INSTITUCIONES

Fecha de emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Beneficiario: DNI:

Domicilio donde realiza la prestación:

Correo electrónico contacto:

Teléfono:

Modalidad prestacional a brindar/prestación:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Periodo: Desde Hasta:

Almuerzo: SI NO

Monto mensual:

En caso de corresponder: Dependencia SI NO

Matricula anual:

Cantidad de sesiones mensuales: Monto por sesión:

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN

DIA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DE:						
HASTA:						

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Completar todos los campos del formulario

Formulario N°9

Fecha de emisión: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI:

N° DE AFILIADO:

Yo con documento tipo
....., N°....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el
periodo:

Desde..... hasta.....

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

.....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados

FIRMA.....

ACLARACION.....

DNI.....

Completar todos los campos del formulario

Formulario N°11

F.I.M (Medida de independencia funcional)

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

Afiliado:

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD:

EDAD:

TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

La presente tabla deberá ser completada por profesionales: médicos, especialistas en rehabilitación, neurólogo o terapeuta ocupacional en caso de tratarse de patologías motoras puras, y médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la HISTORIA CLINICA evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoria del sector de DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoria en terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como los mentales, así como aquellas patologías mixtas.

LOS DATOS VOLCADOS REVISTEN EN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA Y DEBERAN SER ACOMPAÑADOS POR SELLO, FIRMA, MATRICULA Y ESPECIALIDAD DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75% o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50% o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	COMUNICACIÓN	
14	COMPRENSION	
15	EXPRESION	
	CONEXIÓN	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	PUNTAJE F.I.M TOTAL	

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

- 1- **ALIMENTACION** (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique 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 la asistencia. ¿Es necesaria 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 pantalón y calzado. 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 o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de ostomía. Frecuencia.

- 8- **CONTROL DE VEJIGA** (Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

- 9- **TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, SILLA DE RUEDAS** (Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. 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/BAÑERA** (Implica entrar y salir de la ducha o bañera)

- 12- **MARCHA/SILLA DE RUEDAS** (Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar la silla de ruedas)

- 13- **ESCALERAS** (Implica subir y bajar escalones)

- 14- **COMPRENSION** (Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: escritura, gestos, etc)

- 15- **EXPRESION** (Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

- 16- **INTERACCION 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- **RESOLUCION DE PROBLEMAS** (Implica resolver problemas cotidianos)

- 18- **MEMORIA** (Implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)

EVALUACION INSTITUCIONAL: Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales locomotores y cognitivos del paciente.

SELLO, FIRMA Y ACLARACIÓN DE MEDICO TRATANTE/PROFESIONAL

Completar todos los campos del formulario

Formulario N°12

FORMULARIO DECLARACION JURADA DE TRANSPORTE

Fecha

En la ciudad de

Por medio de la presente, en mi carácter de padre/madre/ tutor de

..... DNI

Informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor a favor del nombrado haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

FIRMA.....

ACLARACION.....

DNI.....

VINCULO

Completar todos los campos del formulario

ACTA DE ACUERDO INTEGRACION ESCOLAR

Formulario N°13

FECHA:

En el día de la fecha, en la ciudad de se establece el

presente acuerdo entre la **ESCUELA/INSTITUCION**

con N° CUE (código único de establecimiento) con domicilio en

..... representada por

la **MAESTRA DE APOYO / EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR** representado por

....., y la familia del niño/a

..... Con DNI , para llevar a cabo la

integración del alumno/a en el año sala/grado turno

..... en los días y horarios

Periodo:

La institución educativa y el/la maestro/a de apoyo/Equipo de AIE se comprometen a:

- ☐ Atender al alumno/a según las necesidades vinculadas a su educación
- ☐ Elaborar en forma conjunta el Plan de adaptación curricular
- ☐ Acordar los criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Min. De Educación.
- ☐ Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

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

.....
FIRMA Y SELLO DEL
RESPONSABLE DE LA
INSTITUCION EDUCATIVA

.....
FIRMA DEL
PADRE/MADRE/TUTOR

.....
FIRMA Y SELLO DE MAESTRA/O
– EQUIPO AIE

NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR

Formulario N°14

FECHA:

D.N.I:

NOMBRE Y APELLIDO:

Por medio de la presente solicito el cambio de prestador para el servicio.....

.....a cargo de.....

Solicito el alta del nuevo prestador a partir

de.....

Motivo de cambio

Firma y aclaración de madre/padre/ tutor

NOTA DE BAJA DE PRESTADOR

FECHA:

D.N.I:

NOMBRE Y APELLIDO:

Por medio de la presente solicito dar de baja la prestación de

.....a cargo de.....

A partir de.....

Motivo de cambio

Firma y aclaración de madre/padre/ tutor

FORMULARIO DE DATOS PERSONALES

Formulario N°15

DATOS DE LA PERSONA CON CUD

APELLIDO:

NOMBRE:

N° DE AFILIADO:

CUIT: DNI:

NACIONALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... GENERO:

ESTADO CIVIL:

DATOS DE FAMILIAR / TITULAR / RESPONSABLE

APELLIDO:

NOMBRE:

N° DE AFILIADO:

PARENTESCO:

CUIT: DNI:

NACIONALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... GENERO:

ESTADO CIVIL:

CALLE: N°

LOCALIDAD:

DATOS DE CONTACTO:

TELEFONO CELULAR:

CORREO ELECTRONICO:

FORMULARIO DATOS DEL PRESTADOR
(OBLIGATORIO)

Formulario N°16

RAZON SOCIAL:

CUIT:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

CONDICION FRENTE AL IVA:

CBU:

BANCO:

Firma, sello y aclaración del prestador