PRESTACIONES EDUCATIVAS (EDUCATIVAS TERAPEUTICAS)

CENTRO DE DIA – CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

CENTROS CATEGORIZADOS POR ANDIS.

La presentación de la solicitud debe realizarse con un plazo de antelación de, por lo menos, 60 dias previos al inicio de la prestación requerida, dado que es el tiempo estimado del análisis y posterior autorización.

Se autorizarán las prestaciones según fecha de envió del legajo completo.
Para poder solicitar la autorización de alguna de estas prestaciones, deberá presentar, de manera excluyente, la siguiente documentación en formato PDF unificado.

1. **Actualización de datos del afiliado (PAGINA 2)**
2. **Anexo III conformidad (puede indicar hasta 4 prestaciones juntas por anexo) (PAGINA 3)**
3. **CUD vigente**
4. **Prescripción médica – prestaciones educativas terapéutica**. Debe estar confeccionada por el médico tratante que realizo el resumen de historia clínica. Indicando fecha de emisión (debe ser anterior al periodo solicitado), nombre y apellido, DNI, edad, diagnostico, tipo de jornada. Debe presentarse año calendario. Ej: (marzo a dic 2027) **(PAGINA 4)**
5. **Resumen de historia clínica (PAGINA 5)**
6. **Presupuesto y consentimiento bilateral (PAGINA 6)**
7. **CAR (certificado de alumno regular) con numero de CUE (código único de establecimiento)**
8. **Informe evolutivo o inicial.**
   Confeccionado, firmado y sellado por el prestador**.** Debe indicar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación.
9. **Plan de tratamiento.**
   Confeccionado, firmado y sellado por el profesional. Debe indicar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos del tratamiento y estrategias que se implementaran para el logro de los mismos .
10. **Categorización del servicio expedida por ANDIS / secretaria de discapacidad.**
11. **Copia completa de la inscripción vigente expedida por la superintendencia de servicios de salud de la institución.**
12. **Constancia de inscripción en ARCA.**
13. **Comprobante de CBU del prestador emitido por entidad bancaria.** (quedan excluidos los socios particulares)
14. **Habilitación.**
15. **Seguro**.
16. **Tabla FIM**: presentar en caso de solicitar la dependencia, debe estar confeccionada por un terapista ocupacional.

GALENO

ACTUALIZACION DE DATOS DEL AFILIADO.

Datos del afiliado al que se le brindara la prestación:

Nombre y apellido: _____
DNI: _____Fecha de nacimiento: _____
N° de socio: _____
Dirección: _____
N° _____ Piso: _____ Dpto: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Tel celular: _____ Tel alternativo: _____
E-mail: _____

Obra social: ☐ Particular directo: ☐

Datos del afiliado titular:
Nombre y apellido: _____
DNI: _____
E-mail: _____
Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____
Aclaración: _____
DNI: _____

Anexo III – Conformidad prestacional año 2027.

Fecha: _____/_____/_____
Apellido y nombre del beneficiario: _____
Numero de afiliado: _____
Yo: _____
con DNI: _____, 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.

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

-Si usted es la persona con CUD que recibe la prestación:
Firma: _____Aclaración: _____
Documento: _____
-**Si usted es familiar, responsable y/o tutor:**
Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documentación es realizada en nombre de:_____
Manifiesto ser familiar / responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:_____
Aclaración: _____
DNI: _____

PRESCRIPCION MEDICA – PRESTACIONES EDUCATIVAS TERAPEUTICAS
(CENTRO DE DIA – CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO)

FECHA: ____/_____/____

Nombre y apellido:_____
DNI: _____Edad:_____.
Diagnostico:_____
_____
_____
Prestacion:_____
Jornada: _____ Dependencia: SI ☐ NO ☐
Periodo: desde:_____/_____/_____hasta:____/_____/_____.

_____
Firma y sello del médico tratante.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

Nombre y apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____
Domicilio: _____
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:
_____

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año)

_____
_____
_____
_____
_____

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico)

_____
_____
_____
_____
_____

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLOGICO (SI LO HAY)

_____
_____
_____
_____
_____

Firma del medico tratante: _____
Aclaración: _____
Fecha de emisión: _____

GALENO

PRESTACIONES EDUCATIVAS - PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO.
CENTRO DIA – CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

Fecha: _____/_____/_____
Nombre y apellido: _____DNI: _____
Prestación: _____

Datos del prestador.
Nombre y apellido / Razón social: _____
Domicilio donde se brinda la prestación: _____
Localidad: _____Provincia: _____
Tel de contacto: _____ N° de CUIT: _____
E-mail: _____
Tipo de jornada: Simple ☐ Doble ☐
Categoría: A ☐ B ☐ C ☐ Prestación con dependencia: SI ☐ NO ☐

Cronograma de asistencias.
Dias y horarios:

Prestación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
-						

Periodo desde: _____ hasta _____2027
Valor mensual: _____ según resolución vigente de la ANDIS.

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del equipo_____ CUIT _____ efectuándose en el domicilio_____ en la localidad de_____ durante el periodo de_____hasta_____2027.

Firma del titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del director / responsable de la institución: _____
Aclaración: _____

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Datos del afiliado

Apellido y Nombre: _____

N° DNI: _____ Diagnóstico: _____

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con la misma y sometida a evolución 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.
Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad del profesional interviniente.

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD
7	Independiente Total
6	Independiente con adaptaciones
5	Solo requiere supervisión
4	Requiere asistencia mínima. Paciente aporta 75% o más
3	Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más
2	Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más
1	Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	ALIMENTACIÓN	
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	
	LOCOMOCIÓN	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	COMUNICACIÓN	
14	COMPRENSIÓN	
15	EXPRESIÓN	
	CONEXIÓN	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
PUNTAJE FIM TOTAL		

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN

Implica uso de utensillos, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente e indique qué medidas se han tomado para superar la situación.

2. ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes. Indique grado de asistencia que requiere para realizar estas actividades. ¿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 en su aseo personal.

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia para realizar esta actividad

5. VESTIDO PARTE INFERIOR

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

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 el 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. Indicar frecuencia.

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. Ejemplo: Sondas o dispositivos absorbentes. Indicar 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. Indique el grado de participación del paciente.

10. TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Indique 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.

13. ESCALERAS

Implica subir y bajar escaleras.

14. COMPRENSIÓN

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

15. EXPRESIÓN

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal

16. INTERACCIÓN SOCIAL

Implica 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. Describir el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17. RESOLUCIONES DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos.

18. MEMORIA

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

EVALUACIÓN

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

FIRMA Y SELLO DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES

FECHA