REQUISITOS GENERALES

SWISS MEDICAL

Condiciones generales para la documentación:

- La documentación deberá estar firmada de puño y letra (firma ológrafa). No se aceptarán firmas digitales o copiadas y pegadas.
- Debe enviarse en formato JPG o PDF, por medios digitales. El contenido debe ser completamente legible, sin imágenes borrosas ni pixeladas.
- La fecha de emisión de la documentación deberá ser anterior al período solicitado de la prestación.
- Deberá existir coincidencia entre la orden médica, el plan de tratamiento y el presupuesto respecto de la frecuencia y el período solicitado.
- La documentación no deberá presentar tachaduras ni diferencias de tinta o letra. En caso de realizar correcciones, estas deberán ser salvadas con firma y sello.
- Todos los anexos deberán estar completos en su totalidad. Los datos obligatorios son: nombre y apellido, DNI, edad y diagnóstico.
- En caso de realizar un cambio de prestador, se deberá presentar, junto con la documentación requerida para dicha prestación, el formulario de conformidad prestacional y la nota de cambio. Ambos formularios están incluidos en los requisitos generales. Si se modifica el esquema terapéutico, será necesaria una nueva orden médica.

- **Certificado de discapacidad vigente**
  En caso de encontrarse vencido, deberá presentarse la constancia de renovación en trámite.

- **Conformidad Prestacional (SSSalud)**
  Confeccionado y firmado por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor.

- **Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)**
  En caso de solicitar dependencia, se deberá presentar informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionado por los siguientes profesionales:
  Transporte: Médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional.
  Centro de Día o CET: Lic. en Terapia Ocupacional.

- **Asociados en edad escolar**
  Constancia de alumno regular con Clave Única de Establecimiento (CUE). Podrá presentarse hasta 60 (sesenta) días después de comenzado el ciclo escolar.

- **Resumen de Historia Clínica**
  Deberá presentarse completo y firmado por el médico tratante.

- **Nota de cambio de prestador**
  Confeccionada por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor.

- **Nota de baja de prestación**
  Confeccionada por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:_____/ _____/ _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

N.° de credencial: 800006 _____ ___ _____

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: _____
CUIT: _____ Período: desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____
Prestador: _____
CUIT: _____ Período: desde _____ hasta _____

3. Prestación: _____
Prestador: _____
CUIT: _____ Período: desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____
Prestador: _____
CUIT: _____ Período: 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 detallada/s precedentemente.

_____ _____ _____

Firma Aclaración N.° de documento

ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____/ _____/ _____ Edad: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ___ _____

Diagnóstico: _____

Institución: _____ Fecha de ingreso a la institución: _____/ _____/ _____

Los ítems incluidos en este formulario aplican tanto para pacientes con patologías de origen motor como mental, así como para aquellos casos que presenten patologías mixtas.

La información consignada será cotejada con la Historia Clínica presentada. La misma reviste carácter de declaración jurada y deberá estar respaldada por la firma, sello, N.° de matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total.	7
Independiente con adaptaciones.	6
DEPENDIENTE	
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó 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

ÍTEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	HIGIENE	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFÍNTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRASFERENCIA AL BAÑO	
11	TRASFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCIÓN	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	COMUNICACIÓN	
14	COMPRENSIÓN	
15	EXPRESIÓN	
	CONEXIÓN	
16	INTERACCIÓN SOCIAL	
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	PUNTAJE FIM TOTAL	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN

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 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 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 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. 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, como sondas o dispositivos absorbentes, frecuencia.

9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS

Implica pasarse hacia una cama, silla, 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. Grado de participación del paciente.

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 escalones.

14. COMPRENSIÓN

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. E¡. 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 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.

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

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

Fecha

Firma y sello del profesional

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Apellido y nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____/ _____/ _____ Edad: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ___ _____

Domicilio: _____

Apellido y nombre del familiar responsable / tutor: _____

1. Diagnóstico / Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora).

2. Antecedentes significativos de la Historia Clínica.

3. Datos significativos del Examen Clínico / Evolución del paciente en el último año.

4. Prestaciones que recibe actualmente.

5. Valoración por escala FIM / Puntaje total (Completar ficha en caso de corresponder).

En relación a alimentación/vestido/limpieza:

☐ Dependiente ☐ Autovalido

_____ _____

Fecha Firma y sello del profesional

NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha: _____/ _____/ _____

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar un cambio de prestador para el beneficiario _____ _____ con DNI _____ y N.° de credencial: 800006 _____ ___ _____

Nuevo prestador: _____

Prestación: _____

Mes y año de inicio: _____

Se deja constancia de la baja del prestador _____ quien prestó el servicio hasta el mes de _____ del año _____ .

Motivos:

_____

_____

_____

_____	_____	_____
Firma del afiliado / representante (En caso de ser el representante, detallar parentesco.)	Aclaración	N.° de Documento

NOTA DE BAJA DE PRESTACIÓN

Fecha: _____/ _____/ _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

N.° de Documento: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ___ _____

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar la baja de la prestación de _____

a cargo de _____ a partir de la fecha _____/ _____/ _____ .

Motivos:

_____

_____

_____

_____	_____	_____
Firma del afiliado / representante (En caso de ser el representante, detallar parentesco.)	Aclaración	N.° de Documento