

PRESTACIONES EDUCATIVO TERAPEUTICAS

Centro de Día – Centro Educativo Terapéutico

Estas prestaciones son aquellas que tienen un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

Los establecimientos en los cuales se brindan estos abordajes deben estar debidamente categorizados para tal fin. En el siguiente link encontrará las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar las mismas: <https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>.

[Para poder solicitar la autorización de alguna de estas prácticas, deberá presentar de manera excluyente los siguientes documentos \(tenga en cuenta que quedarán sujetas a auditoria, el hecho de presentar la carpeta documental no supone una prestación autorizada\)](#)

- Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio de tratamiento):
 1. Prescripción médica (es indispensable que la misma aclare tipo de jornada y que requiere dependencia en caso de solicitarla).

<p>RP/ Nombre y Apellido: DNI</p> <p>Solicito: CENTRO DE DÍA, TIPO DE JORNADA / CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO, TIPO DE JORNADA</p> <p>PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2025</p> <p>Diagnostico:</p> <p>FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. Ej. Fecha: 30/12/2024</p>
--

2. Certificado de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 002).
3. **Informe evolutivo** del año 2024 - en caso que haya realizado esta prestación. Este informe debe tener fecha siempre diciembre 2024 y deberá enviar informe evolutivo cada 6 meses.
4. **Informe de evaluación inicial:** al comienzo de una nueva prestación. En el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
El informe evolutivo/de evaluación inicial deberá tener: - periodo de abordaje; - modalidad de la prestación; - descripción del tratamiento que aborda, y - resultados alcanzados. Siempre debe estar firmado y sellado por prestador.
5. Plan de tratamiento, detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica):
Objetivos a corto y mediano plazo.
Modalidad de abordaje.
6. Presupuesto: días, horarios y periodo – valor mensual según resolución vigente.
7. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS).
8. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución.
9. Habilitación.
10. Seguro de la institución.
11. Constancia de opción / inscripción en la Afip.
12. Constancia de CBU emitida por banco, donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit, número de CBU (**socios privados/particulares exentos de esta presentación**).
13. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-002-004-006 y 012** (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal).
14. **Para solicitar Dependencia: Informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición dependencia funcional (FIM) confeccionado por un terapeuta Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.**



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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

1 . Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2 . Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3 . Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4 . Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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: Documento:

.....



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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

1 . Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2 . Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3 . Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4 . Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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:

Documento:



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto: Teléfono: _

Beneficiario: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período: desde: hasta:

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual:

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales: Monto por Sesión:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Resumen de Historia Clínica

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N° DE DNI: _____

DIAG. SEGÚN CUD: _____

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 FARMACOLÓGICO (SI LO HAY):

Firma del médico tratante: _____

Aclaración: _____

Fecha de emisión: _____

PRESTACIONES INSTITUCIONALES//EDUCATIVAS

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

PRESTACIÓN: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ 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

DÍAS Y HORARIOS:

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2025

VALOR MENSUAL: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del prestador

_____ con CUIT N° _____ a efectuarse en el domicilio

_____ en la localidad de _____ durante el período de

_____ hasta _____ 2025.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Directivo Responsable de la Institución: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

Actualización de datos (la misma es de presentación anual, al iniciar el trámite)

Fecha: _____

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel de celular: _____ Tel alternativo: _____

E-mail: _____

Confirmar 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: _____

DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES

Lugar de emisión _____ Fecha ___/___/___

Por medio de la presente, cumpla en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

❖ Caja de Ahorro N°: _____

❖ CBU: _____

❖ Banco Emisor: _____

❖ E-mail: _____

❖ Confirmar E-mail: _____

Adjuntar extracto de constancia de CBU para validar esta información

Firma y sello de Profesional / Responsable de Transporte /
Responsable de la Institución

Aclaración

DNI

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Colegio: _____
CUE N°: _____
Nombre y Apellido del alumno: _____
DNI: _____

Se hace constar que el alumno _____ con DNI _____ es
alumno regular de _____ grado/año turno_____. Se encuentra
matriculado para el año 2025 en el grado/año_____ del turno_____ en el
horario de_____.

Se extiende esta constancia en _____ a los _____ días del mes
_____ del año _____.

Firma autoridad del colegio: _____

Sello del colegio: _____

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 Auditoría del sector de Discapacidad que determinará, en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría 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.

<u>GRADO DE DEPENDENCIA</u>	<u>NIVEL DE FUNCIONALIDAD</u>
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%

<u>ITEM</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>PUNTAJE</u>
<u>AUTOCUIDADO</u>		
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
<u>CONTROL DE ESFINTERES</u>		
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
<u>TRANSFERENCIAS</u>		
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
<u>LOCOMOCIÓN</u>		
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
<u>COMUNICACIÓN</u>		
14	COMPRESIÓN	
15	EXPRESIÓN	
<u>CONEXIÓN</u>		
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