

## Instructivo para solicitud de Transporte

Comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. La Solicitud de Transporte debe ser fundamentada adecuadamente por médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público. **Se debe justificar médicaamente la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.**

**Ley 24.901 ARTICULO 13.** — Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el artículo 22 inciso a) de la ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario. Esta prestación debe estar también justificada en el Resumen de Historia Clínica.

**Documentación a presentar para la autorización de esta prestación:** la misma debe ser presentada el mes anterior a la utilización del mismo.

1. Prescripción médica:

<b>RP/</b>
<b>Nombre y Apellido:</b>
<b>DNI</b>
<b>Solicito: TRANSPORTE (DETALLAR PRESTACION A LA CUAL SE TRASLADA EL AFILIADO, DETALLAR DIRECCIÓN DE ORIGEN Y DESTINO).</b> Detallar si corresponde dependencia.
<b>PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2025</b>
<b>Diagnóstico:</b>
<b>FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024</b>

2. Resumen de Historia Clínica completo ORIGINAL (Adjuntar planilla N° 012)
3. Presupuesto: debe detallar: Días y horarios de concurrencia, direcciones de traslado. Los valores presupuestados deben coincidir con lo solicitado por el médico tratante y el valor del km debe adecuarse a los valores indicados en resolución vigente. Debe indicar los kilómetros por viaje y cronograma de traslado. Todo debe estar firmado por tutor y prestador.
4. Recorrido impreso en Google Maps: <http://www.google.com.ar/maps>
5. Habilitación municipal y/o provincial vigente para el período solicitado del transporte

6. Seguro vigente.
7. Licencia de Conducir vigente.
8. Cédula del vehículo
9. Verificación técnica vehicular.
10. Constancia de opción / inscripción en la AFIP
11. 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**)
12. ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NÚMERO: 001-002-004-010 y 012 (planilla 010 presentar una por cada traslado) (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB)

**SOLICITUD DE DEPENDENCIA** En caso de que el médico tratante indique que la prestación debe brindarse con dependencia, la misma debe estar justificada en el resumen de HC realizado por el medico junto con la presentación de la Escala FIM (Art. 13 Ley 24.901). La dependencia en todos los casos será evaluada y autorizada por el equipo interdisciplinario de Galeno, pudiendo este solicitar documentación adicional. NO se reconoce dependencia en menores de 6 años

**- IMPORTANTE -**

LA EVALUACION Y AUTORIZACION DEL TRANSPORTE ESTARÁ SUJETA A LA PRESTACION PRINCIPAL



**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 quena 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 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: .....

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 TRANSPORTE**

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo.....con Documento Tipo (.....)

Nº .....,doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:  
desde.....hasta.....

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

.....

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

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.



**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 TRANSPORTE**

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto: Teléfono:

Compañía de Seguros: Póliza N°:

Beneficiario: DNI:

Período: desde: hasta:

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: Monto mensual

Firma y Aclaración del Transportista

## **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: \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE**(Completar una planilla por cada prestación/traslado)**FECHA:** \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ N° DE DNI: \_\_\_\_\_

Datos del prestador

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD / PROVINCIA: \_\_\_\_\_

TEL DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ N° CUIT: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Traslado a: \_\_\_\_\_

<u>DOM. PARTIDA</u>	<u>DOM. DESTINO</u>	<u>VIAJES/DÍA</u>	<u>KM/VIAJE ida y vuelta</u>	<u>VALOR KM S/RESOLUCIÓN</u>	<u>VALOR DIARIO</u>

Dependencia SI  NO  MONTO MENSUAL \$: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE TRASLADOS DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_ 2025

Cronograma de traslados

<u>DÍAS</u>	<u>LUNES</u>	<u>MARTES</u>	<u>MIÉRCOLES</u>	<u>JUEVES</u>	<u>VIERNES</u>	<u>SÁBADOS</u>
<u>HORARIOS</u>						

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO**Por mi conocimiento dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto  
precedentemente al Beneficiario \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_.

Firma del Titular: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma y sello del responsable del Transporte: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PLANILLA N° 001**

**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:** \_\_\_\_\_

**Nº de socio:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Nº:** \_\_\_\_\_ **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:** \_\_\_\_\_

**PLANILLA N° 002**

**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: \_\_\_\_\_

**PLANILLA N° 004**

**DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES**

Lugar de emisión \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por medio de la presente, cumplio 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

## **MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)**

### **Datos del afiliado**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Nº 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.

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

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

## 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