



ANEXO - FORMULARIOS

2026



FORMULARIOS

- I. PLANILLA DE CONTACTOS SOCIO-FAMILIARES
- II. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
- III. CONFORMIDAD PRESTACIONAL
- IV. PRESUPUESTO - PROFESIONALES
- V. PRESUPUESTO - REHABILITACIÓN Y ESTIMULACIÓN
- VI. PRESUPUESTO - APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
- VII. PRESUPUESTO - MAESTRO DE APOYO
- VIII. PRESUPUESTO - INSTITUCIONES
- IX. PRESUPUESTO -TRANSPORTE
- X. INFORME CUANTITATIVO Y CUALITATIVO - FIM
- XI. ACTA DE ACUERDO
- XII. CONSENTIMIENTO DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA
- XIII. PLANILLA DE ASISTENCIA
- XIV. PLANILLA DE TRASLADOS
- XV. SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

FORMULARIO – DATOS SOCIO FAMILIARES

Fecha: ____/____/____

DATOS DEL TUTOR O RESPONSABLE	
APELLIDO Y NOMBRE:	
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	CELULAR:
EMAIL:	
DATOS DEL BENEFICIARIO	
APELLIDO Y NOMBRE:	EDAD:
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	CELULAR:
EMAIL:	
DNI:	CUIL:

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

FIRMA DOCUMENTO Y ACLARACIÓN DEL TUTOR

FORMULARIO – RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Por favor, complete cada ítem con el mayor nivel de detalle posible, brindando la información necesaria para realizar una evaluación adecuada de la solicitud.

Este formulario tiene carácter orientativo. Su formato no es excluyente, siempre que la información solicitada sea debidamente especificada por el profesional.

Fecha: __/__/__	Localidad/Provincia:
DATOS DEL AFILIADO	
Nombre y apellido:	
Tipo de documento	Nro de documento/CUIL:
Fecha de Nacimiento: __/__/__	Domicilio:
DIAGNÓSTICO (especificar fecha de y diagnostico completo)	
_____ _____ _____	
ANTECEDENTES DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y/O EDUCATIVAS (detallar prestaciones previamente realizadas y motivo de continuidad o abandono)	
_____ _____ _____ _____ _____	
PARÁMETROS FUNCIONALES ACTUALES (especificar actividades diarias que realiza de forma dependiente y/o independiente)	
_____ _____ _____	
EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO (especificar cambios e interurrencias acontecidas en el último año de atención y acciones a seguir)	
_____ _____ _____	
_____ _____	
Firma y sello del profesional	

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

Nombre y apellido del afiliado:

CUIL:

Yo,.....con Documento tipo....., Nº....., 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.

Prestación:	
Prestador:	
Desde:	Hasta:

Prestación:	
Prestador:	
Desde:	Hasta:

Prestación:	
Prestador:	
Desde:	Hasta:

Prestación:	
Prestador:	
Desde:	Hasta:

Prestación:	
Prestador:	
Desde:	Hasta:

Prestación:	
Prestador:	
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 familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma y aclaración: Vinculo: DNI:

DESTINADO A FONOAUDIÓLOGOS, KINESIOLOGOS, MUSICOTERAPEUTAS, PSICÓLOGOS, PSICOMOTRICISTAS, PSICOPEDAGOGOS Y TERAPEUTAS OCUPACIONALES QUE BRINDEN TERAPIAS DE APOYO Y/O REHABILITACIÓN.

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado: _____

Tipo de documento: _____ Nro. de documento: _____

Periodo solicitado (desde/hasta): _____ año: _____

Cantidad de sesiones semanales: _____ Cantidad de sesiones mensuales: _____

Valor de la sesión: _____ Monto mensual: _____

Nombre y apellido del profesional: _____

CUIT: _____ Condición IVA: _____

Especialidad: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Observaciones: _____

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

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

FIRMA SELLO Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR

DESTINADO A CENTROS CATEGORIZADOS PARA DAR PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN (MODULOS DE REHABILITACIÓN SIMPLES O INTENSIVOS) Y CENTROS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado: _____

Tipo de documento: _____ Nro. de documento: _____

Periodo solicitado (desde/hasta): _____ año: _____

Prestación solicitada (tildar la que corresponda)

- MODULO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL SIMPLE
- MODULO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INTENSIVO
- ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Cantidad de sesiones semanales: _____ Cantidad de sesiones mensuales: _____

Monto mensual: _____

Razón social: _____

CUIT: _____ Condición IVA: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Indicar las terapias que se brindarán, días y horarios correspondientes.

Terapias	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
_____	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
_____	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
_____	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
_____	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
_____	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

FIRMA SELLO Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado _____

Tipo de documento: _____ Nro. de documento: _____

Periodo solicitado (desde/hasta): _____ año: _____

Cantidad de horas semanales: _____ Monto mensual: _____

Institución en la que se brindará la prestación: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Prestador (Razón Social): _____

CUIT: _____ Condición IVA: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Observaciones: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: completar los días y horarios que correspondan

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

FIRMA SELLO Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado _____

Tipo de documento: _____ Nro. de documento: _____

Periodo solicitado (desde/hasta): _____ año: _____

Cantidad de horas semanales: _____ Monto mensual: _____

Institución en la que se brindará la prestación: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Nombre y apellido del profesional: _____

CUIT: _____ Condición IVA: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Observaciones: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: completar los días y horarios que correspondan

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

FIRMA SELLO Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR

El Módulo de Maestra de Apoyo implica una carga horaria mínima de 8hs semanales, caso contrario se considera la prestación como Maestra de Apoyo por hora.

DESTINADO A INSTITUCIONES QUE BRINDEN PRESTACIONES DE ESCOLARIDAD ESPECIAL, FORMACIÓN Y/O APRESTAMIENTO LABORAL, CENTRO DE DÍA, CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO, HOGAR, PEQUEÑO HOGAR O RESIDENCIA.

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado _____

Tipo de documento: _____ Nro. de documento: _____

Prestación: _____

Categoría: _____ Jornada (simple-doble-lun a vier-permanente): _____

Incluye colación y almuerzo: SI - NO (tildar la casilla que corresponda)

Periodo solicitado (desde/hasta): _____ año: _____

Cantidad de horas semanales: _____ Monto mensual: _____

Dependencia SI - NO (Solo podrá solicitar dependencia para Centro de día – CET – Hogar y peq. hogar)

Prestador (Razón Social): _____

CUIT: _____ Condición IVA: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Observaciones: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: completar los días y horarios que correspondan

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

FIRMA SELLO Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado _____

Tipo de documento: _____ Nro. de documento: _____

Periodo solicitado (desde/hasta): _____ año: _____

Prestador (Razón Social): _____

CUIT: _____ Condición IVA: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Compañía de seguro: _____ Póliza: _____ Vto.: _____

Observaciones: _____

DIAGRAMA DE TRASLADOS

Viaje	Domicilio origen	Domicilio destino	KM por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

DIAGRAMA DE TRASLADOS (Indicar el horario los días correspondientes a cada viaje)

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total de viajes: _____ Total de KM _____

Valor del KM _____ Monto total mensual: _____

Dependencia 35% (Sujeto a evaluación): SI - NO

En caso de solicitar dependencia, indicar los apoyos que se brindaran:

FIRMA Y SELLO DEL TRANSPORTISTA

ESTE FORMULARIO DEBERÁ SER CONFECCIONADO POR UN TERAPISTA OCUPACIONAL. EL MEDICO TRATANTE SOLO PODRÁ COMPLETARLO EN CASO DE SOLICITAR DEPENDENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Beneficiario: _____

Tipo de documento: _____ Nro. de documento: _____

EVALUACIÓN CUANTITATIVA

CATEGORIA	PUNTAJE	OBSERVACIÓN O DETALLE DE ACTIVIDAD
AUTOCAUIDADO		
ALIMENTACIÓN		
ASEO PERSONAL		
BAÑO		
VESTIDO HEMICUERPO SUPERIOR		
VESTIDO HEMICUERPO INFERIOR		
ASEO PERINEAL		
CONTROL DE ESFINTERES		
CONTROL DE VEJIGA		
CONTROL DE INTESTINO		
MOVILIDAD		
TRASLADO DE LA CAMA A LA SILLA		
TRASLADO AL BAÑO		
TRASLADO EN BAÑERA O DUCHA		
LOCOMOCIÓN		
MARCHA O SILLA DE RUEDAS		
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
COMUNICACIÓN		
COMPRENSIÓN		
EXPRESIÓN		
CONOCIMIENTO SOCIAL		
INTERACCIÓN SOCIAL		
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS		
MEMORIA		
TOTAL		

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Institución/equipo:.....

Nombre y apellido del afiliado:.....

Tipo de Documento:..... Nro de Documento:.....

Institución donde se realizará la integración:

La institución educativa y el profesional/equipo se comprometen a:

- a) Atender al niño/a según las necesidades vinculadas a su educación,
- b) Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación curricular,
- c) Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación,
- d) Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria,
- e) Ser acompañantes activos del proceso de aprendizaje,
- f) Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción,
- g) Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados,
- h) Sostener que el alumno/a mantenga 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.

La no continuidad del alumno/a en el Proyecto de Integración escolar será evaluado por la Escuela y la Maestra Integradora/EAIE, quienes en forma conjunta podrán considerar, toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a.

La no continuidad del proyecto podrá darse por incumplimiento de los ítems mencionados precedentemente, lo cual será debida y oportunamente informado y explicitado, falta de progreso significativo en el aprendizaje, modificaciones importantes en la conducta.

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y damos nuestro consentimiento.

FIRMA Y SELLO DEL
ESTABLECIMIENTO

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL/EQUIPO

FIRMA Y SELLO DEL
AFILIADO O TUTOR

Fecha: ___/___/___

Nombre o razón social del prestador: _____

CUIT del prestador: _____

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DONDE SE ACREDITARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

Nombre del titular de la cuenta: _____

Alias: _____ (Entre 6 y 20 caracteres, respetando mayúsculas y minúsculas)

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____ Suc: _____

CAJA DE AHORRO CUENTA CORRIENTE OTRAS

CBU: _____

CUIT: _____ CUIL: _____ CDI _____

(Completar la opción que corresponda al titular de la cuenta)

Teléfono: _____ E-mail: _____

FIRMA SELLO Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR

FORMULARIO – PLANILLA DE ASISTENCIA



Este documento deberá enviarse, al momento de enviar la factura **en un archivo aparte**, con este mismo formato.

Beneficiario _____ DNI _____

Profesional _____ Periodo _____

Domicilio donde se brinda la prestación _____

	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma Tutor
Lun				
Mar				
Mier				
Jue				
Vie				
Sab				

	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma Tutor
Lun				
Mar				
Mier				
Jue				
Vie				
Sab				

	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma Tutor
Lun				
Mar				
Mier				
Jue				
Vie				
Sab				

	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma Tutor
Lun				
Mar				
Mier				
Jue				
Vie				
Sab				

	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma Tutor
Lun				
Mar				
Mier				
Jue				
Vie				
Sab				

FIRMA SELLO Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR O DIRECTOR
INSTITUCIONAL

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TUTOR

FORMULARIO – PLANILLA DE TRASLADOS



Este documento deberá adjuntarse, al momento de enviar la factura **en un archivo aparte**, con este mismo formato.

Se deberá realizar una planilla por cada destino que realice el afiliado (por ejemplo, si se traslada a la escuela y a kinesiología, deberá adjuntar 2 planillas).

Beneficiario _____ DNI _____

Transportista _____ Periodo _____

Dejo constancia que el afiliado _____

con Domicio en _____ fue trasladado durante el

mes de _____ hacia la prestación de _____

con domicilio en _____

	Fecha	Firma Tutor
Lun		
Mar		
Mier		
Jue		
Vie		
Sab		

	Fecha	Firma Tutor
Lun		
Mar		
Mier		
Jue		
Vie		
Sab		

	Fecha	Firma Tutor
Lun		
Mar		
Mier		
Jue		
Vie		
Sab		

	Fecha	Firma Tutor
Lun		
Mar		
Mier		
Jue		
Vie		
Sab		

	Fecha	Firma Tutor
Lun		
Mar		
Mier		
Jue		
Vie		
Sab		

FIRMA SELLO Y ACLARACIÓN DEL TRANSPORTISTA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TUTOR

Fecha: ____/____/____

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar un cambio de prestador para el beneficiario _____ con documento Nro _____.

Prestación: _____

Nombre y apellido del prestador y/o Razón Social: _____

Mes y año de inicio: _____

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

Motivos: _____

FIRMA DOCUMENTO Y ACLARACIÓN DEL TUTOR