

Cartilla Discapacidad



*Obra Social del Personal de Barracas de Lanas,
Cueros y Anexos.*



OSBLYCA

R.N.O.S 102904

Estimado Beneficiario

Se garantiza el Acceso Integral a la cobertura establecida en la ley N.º 24901, que instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por resolución N.º 428/99 MSAL y normas complementarias.

Instructivo del Procedimiento de Acceso a los Servicios de Prestaciones básicas de Atención Integral para personas con Discapacidad conforme a la Resolución N.º 428/1999-MSyAS con la totalidad de las prestaciones y sus formularios correspondientes en Anexo adjunto.

Inicio:

El origen de los tratamientos y prestaciones médicas surgen a partir de la necesidad del paciente, expresada por escrito a través de un pedido médico. Los tratamientos deberán contar con la indicación médica correspondiente. Las prestaciones deberán ser autorizadas por la Obra Social para poder dar comienzo a los tratamientos solicitados. Toda la documentación requerida deberá ser presentada en su totalidad para poder ser analizada, autorizada y así dar cumplimiento al inicio de las mismas. La fecha de inicio y fin del tratamiento del año calendario surgirá de las indicaciones expresadas en el pedido del médico tratante. A posterior serán renovadas con o sin modificaciones - según los criterios del propio médico, ajustándose a las necesidades de cada paciente.

Presentación:

La documentación respaldatoria requerida para la solicitud de las prestaciones, deberá remitirse en un período de antelación de 30 días. Podrá ser presentada por medios digitales, en la delegación donde se encuentre empadronado. Podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

Duración:

Este término alude al tiempo por el cual administrativamente se genera el legajo pertinente del paciente. Entendemos que los tratamientos son continuos y prolongados, no obstante, las prestaciones se gestionarán y renovarán anualmente. Esto motiva al paciente a concurrir a la consulta con su médico tratante, con el fin de realizar las evaluaciones necesarias respecto del cuadro y salud general actual del paciente. En este contexto el médico emitirá los nuevos pedidos médicos, acorde a la evaluación correspondiente del paciente.

Renovaciones:

Sugerimos ante la renovación de tratamientos anuales, realizar la presentación de documentación con una antelación no menor a treinta días (30 días). Esto se debe a que todos generalmente inician sus actividades en los mismos períodos, evitaremos contratiempos para poder dar comienzo en el momento necesario y oportuno solicitado por el médico.

Modificaciones:

Cuando existan modificaciones en los tratamientos del paciente esto deberá estar fundamentado en resumen médico - Historia Clínica - y deberá acompañarse por el pedido médico específico de la prestación a modificar.

Carácter de Gratuidad:

Todas las prestaciones gozan de gratuidad absoluta - cobertura 100%. - El beneficiario no deberá abonar al médico o entidad prestadora suma alguna en carácter de adicional, plus o arancel diferenciado.

Centros de Orientación y/o Coordinación de Servicios

Cualquier duda respecto de las Prestaciones de Discapacidad, usted podrá contactarnos a través de nuestras vías de comunicación o previo turno para asistir de manera presencial.

Nuestras Sedes y Delegaciones

Sede Central - Buenos Aires Sector Discapacidad

Referente del Sector: Paola Flecha
e-mail: discapacidad@osblyca.com.ar
Teléfonos: (011) 4222-4646 o 4222-4086
Línea gratuita: 0800 - 222 - 7203
Horarios: Lunes a Viernes de 9.00 a 17.00 Hs.
Auditoría Médica: Dr. Juan Pechinino.
Florentino Ameghino 1060 - Avellaneda (1870)

Delegación Villa María - Córdoba Sector Discapacidad

Referente del Sector: Edgardo Boano
e-mail: eboano@sumesalud.com.ar
Teléfonos: (0353) 461-1077
Horarios: Lunes a Viernes de 8.00 a 15.00 Hs.
Auditoría Médica: Dra. Graciela Barreira
San Juan 1174 - Villa María - Córdoba (5900)

Delegación Rosario - Santa Fe Sector Discapacidad

Referente del Sector: María Howden
e-mail: mhowden@cruzazulsalud.com.ar
Teléfonos: (341) 530-9994 ó 425-5508
Horarios: Lunes a Viernes de 9.00 a 13.00 Hs.
Auditoría Médica: Dr. Osear Malerbi
Santa Fe 1831 - Rosario (2000) - Santa Fe

Delegación Ciudad de Córdoba - Córdoba Sector Discapacidad

Referente del Sector: Paola Lencina
e-mail: plencina.srs@gmail.com
Teléfonos: (0351) 424 7761-4263876- 5699917-5690062
Horarios: Lunes a Viernes de 8.00 a 17.00 Hs.
Auditoría Médica: Dra. Andrea Lardone
Domicilio 9 de Julio 578 - Córdoba (5000)

Delegación - Paraná - Entre Ríos Sector Discapacidad

Referente del Sector: Valeria Bonarrigo
e-mail: valeria.censalud@gmail.com
Teléfonos: (0343) 435-0744
Horarios: Lunes a Viernes de 9.00 a 17.00 Hs.
Francisco de Bueno 104 - Paraná - Entre Ríos (3100)

Delegación Trelew - Chubut Sector Discapacidad

Referente del Sector: Viviana Kozlowski
e-mail: trelew01@osblyca.com.ar
Teléfonos: (0280) 442-8732
Horarios: Lunes a Viernes de 8.00 a 16.00 Hs
Auditoría Médica: Dr. Juan Pechinino
Ecuador 126 - Trelew (9100) - Chubut

Sistema de Prestaciones Básicas - Nomenclador de Discapacidad Descripciones Orientativas

Estimulación Temprana

Educación Inicial

Educación General Básica

Apoyo a la Integración Escolar - Maestra de Apoyo

Prestaciones de Apoyo

Formación / Aprestamiento Laboral

Centro de Día

Centro Educativo Terapéutico

Hogar, residencia

Transporte

Rehabilitación:

• Ambulatoria, Hospital de Día e Internación

Estimulación Temprana: Es el proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y el niño pequeño con alguna discapacidad.

Educación Inicial: Se entiende por Educación Inicial al proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente, de acuerdo a una programación curricular específicamente elaborada y aprobada para ello por organismos oficiales. Puede brindarse dentro de un servicio de educación especial o en un servicio de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

Educación General Básica: Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio escolar especial o común.

El límite de edad no implica negar el acceso a la escolaridad a aquellas personas que, por cualquier causa o motivo, no hubieren recibido educación. El programa escolar que se implemente deberá responder a lineamientos curriculares aprobados por los organismos oficiales competentes en materia de educación y podrán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos aquellos casos que el tipo y grado de discapacidad así lo permita.

Apoyo a la Integración escolar: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Prestaciones de Apoyo: Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal.

Formación laboral: Mediante el desarrollo de metodologías y técnicas específicas tiene por objeto la preparación objetiva de una persona con discapacidad en una determinada actividad laboral. La capacitación se puede desarrollar en especialidades que comprenden diversos tipos de actividades ocupacionales preferentemente de acuerdo con la demanda laboral real de la región donde ésta se lleve a cabo o bien de donde provenga la persona a capacitar.

Aprestamiento Laboral: Es aquel que tiene por objeto el desarrollo de habilidades, destrezas, hábitos y conductas de carácter laboral en una persona con discapacidad. Se diferencia del Servicio de Formación Laboral porque no tiene por objeto el aprendizaje sistemático de una especialidad laboral determinada, sino que procura solamente la habilitación laboral de una persona discapacitada, para posibilitar su inserción en el mundo del trabajo. Está dirigido a personas con discapacidad que por las características de la misma no pueden acceder al aprendizaje sistemático en un servicio de formación laboral o que por su edad o situación socio familiar necesiten incorporarse rápidamente a la actividad laboral.

Centro de Día: Es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

Centro Educativo Terapéutico: Centro educativo terapéutico es el servicio que se brindará a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental, no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Hogar: Se entiende por hogar al recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Residencia: Se entiende por residencia al recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de auto valimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

Transporte: Los beneficiarios que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transporte público 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.

Centro de Rehabilitación: Es el servicio que se brindará en una Institución especializada en rehabilitación mediante equipos interdisciplinarios, y tiene por objeto estimular, desarrollar y recuperar al máximo nivel posible las capacidades remanentes de una persona con discapacidad.

Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario y Procedimiento de Autorizaciones

Documentación Médica a Presentar

1.- Fotocopia del Certificado de Discapacidad vigente.

2. - Resumen de Historia Clínica donde conste:

Nombre y apellido del paciente - DNI.

Enfermedad actual - Es el diagnóstico del CUD.

Antecedentes de enfermedad actual - Todo lo relacionado al diagnóstico del CUD.

Examen físico - clínico - Como se encuentra, peso, altura, etc.

Plan de estudios - Si requiere actualizar algún estudio relacionado a la patología.

Plan terapéutico - Las prestaciones que recibe por discapacidad.

Firma, sello, tipo y número de matrícula del médico tratante.

3.- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad:

Prescripción médica específica de cada prestación que el paciente requiera. Un pedido médico por cada una.

En ella debe figurar nombre y apellido del paciente - DNI.

Especialidad que se solicita, cantidad de sesiones semanales. Para cada prestación se debe indicar el periodo prescripto, en el caso.

Para concurrencia a Instituciones (EGB, CET, Centro de Día) se debe aclarar el tipo de jornada - simple o doble.

Diagnóstico del paciente, puede utilizar el del CUD.

Firma, sello, tipo y número de matrícula del médico tratante.

***La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuaran las prestaciones. ***

Para la prestación transporte: En la prescripción se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.

En ella debe figurar nombre y apellido del paciente - DNI.

Lugar de partida y lugar de destino, enunciando el retorno correspondiente.

En caso de que el paciente requiera más de un destino deberá realizar un pedido médico por cada destino.

Diagnóstico del paciente, puede utilizar el del CUD.

Con firma y sello del médico tratante, con tipo y número de matrícula legible.

Indicar si requiere Dependencia:

En este caso se solicitará el pedido médico de transporte, tal cual se detalló su confección anteriormente, más informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM). La misma deberá ser confeccionada por médico tratante o Lic. en terapia ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

Mismo requerimiento, en caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con Centro educativo terapéutico, Centro de día y Centro educativo terapéutico.

Firma y sello del médico tratante, con tipo y número de matrícula legible.

Tanto el Resumen de Historia Clínica como los Pedidos Médicos no podrán poseer borrones ni tachaduras.

En tal caso deberá contar con la enmienda correspondiente del médico donde aclare:

"digo: el texto a enmendar" - firma y sello.

En el Anexo "Modelos y Planillas"

Usted puede consultar formatos modelos de Resumen de historia clínica y planilla FIM.

Documentación del Prestador Instituciones y/o Profesionales

******Toda la documentación deberá estar firmada y sellada por el prestador******

1.- Presupuesto de la Prestación

Debe poseer datos del paciente, fecha de emisión - esta siempre será posterior a la fecha del pedido médico. Datos solicitados en el modelo de planilla: Presupuesto Prestacional. - Anexo Modelos y Planillas. Firmado y sellado en original por la Institución o por el profesional, según corresponda.

2.- Informe de evaluación inicial

Debe poseer los datos del paciente. Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

3.- Informe evolutivo de la prestación

Debe poseer los datos del paciente. Período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

4.- Plan de abordaje individual:

Debe poseer los datos del paciente. Contiene período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.

5.- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada. Remitir vía email a la delegación correspondiente.

6.- Para la prestación Servicio de Apoyo a la Integración Escolar/ Maestra de apoyo:

Constancia de alumno regular.

Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

Plan de integración con las adaptaciones curriculares por área, objetivos y acta de acuerdo entre la escuela y el prestador.

Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.

Las psicopedagogas que brinden prestación como Maestra de Apoyo no podrán brindar en forma conjunta o complementaria sesiones ambulatorias de psicopedagogía destinadas al mismo paciente.

7.-Para las prestaciones de Hogar en todas sus modalidades/ Pequeño Hogar:

Informe social, que avale su necesidad, emitido por Licenciado en Trabajo Social.

8.- Conformidad por las prestaciones:

Firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor, según Anexo "Modelos y Planillas" -

9.- Inscripciones, según corresponda:

. Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)

• Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico educativas, educativas y asistenciales (Resolución N.º 1328/06-MSalud).

• Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.

10.- Constancia de Inscripción AFIP

11.- En caso de no pertenecer a una Institución, Título habilitante con certificaciones ministeriales.

12.- Constancia de CBU de los prestadores.

13.- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, El paciente, o familiar responsable/ tutor. Anexo "Modelos y Planillas"

Documentación del Prestador - Transporte

***** Toda la documentación deberá estar firmada y sellada por el prestador*****

Comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, Art. 22. inc. a. Tipos de transportes: Automóvil, microbús, etc.

1.- Presupuesto de Transporte:

Debe poseer fecha de emisión, esta siempre será posterior a la fecha del pedido médico.

Datos solicitados en el modelo de planilla: Presupuesto Transporte. - Anexo Modelos y Planillas.

Diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado.

Firmado por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor.

Firmado, aclaración y/o sello transportista.

2.- Habilidad, cédula verde, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.

3.- Constancia CBU de los prestadores.

4.- Planilla de Consentimiento de Transporte en página - Anexo Modelos y Planillas

5.- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, El paciente o familiar responsable/ tutor. Anexo "Modelos y Planillas"

Una vez analizada toda la documentación, se procederá a la autorización y notificación por las mismas vías de comunicación por las que hubieran sido remitidas.

LISTADO DE PRESTADORES
PROVINCIA DE BUENOS AIRES

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

INSTITUTO CARI SRL	LAMADRID 530, LOMAS DE ZAMORA	30-71065951-2	4243-7539	institutocari@gmail.com	ZOOM - WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
PUERTAS ABIERTAS SRL	AV. MITRE 5485, WILDE	30-71481636-1	4207-5531	puertasabiertas_contable@yahoo.com.ar	ZOOM - WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS

ESCUELA PRIMARIA

ESCUELA PAPAÍ NASTRO EMILECE NELLY Y GIRANDOLA MABEL S.H	BELGRANO 1041, MORÓN	30-61000649-9	4627-0117	escuelaespecial.2345@hotmail.com	ZOOM - WHATSAPP	LUNES A VIERNES 8 A 16 HS
FRONTERAS ABIERTAS SA	CATAMARCA 155, QUILMES	30-71127354-5	4257-0178	f_abiertas@yahoo.com.ar	ZOOM - WHATSAPP	LUNES A VIERNES 8 A 16 HS
PELDAÑOS SRL	LAVALLO 420, LANÚS	30-66355256-9	4247-4109	peldanos@yahoo.com.ar	ZOOM - WHATSAPP	LUNES A VIERNES 8 A 16 HS

FORMACIÓN LABORAL

ESCUELA PAPAÍ NASTRO EMILECE NELLY Y GIRANDOLA MABEL S.H	BELGRANO 1041, MORÓN	30-61000649-9	4627-0117	escuelaespecial.2345@hotmail.com	ZOOM - WHATSAPP	LUNES A VIERNES 8 A 16 HS
MI CAMINO - ANA MARÍA PORTUGUES	LINCOLN 74, WILDE	27-05949565-3	4206-8696	admiccamino@yahoo.com.ar	ZOOM - WHATSAPP	LUNES A VIERNES 8 A 16 HS

CENTRO DE DÍA

INSTITUTO DEL NIÑO SRL	INDEPENDENCIA 144, SARANDÍ	30-70774405-3	4265-4313	direccion@ideni.com.ar	ZOOM - WHATSAPP	LUNES A VIERNES 8 A 16 HS
------------------------	----------------------------	---------------	-----------	------------------------	-----------------	---------------------------

REHABILITACIÓN - AMBULATORIO

ASSISTIRE - ALEVAGU SA	HIPOLITO YRIGOYEN 7024, BANFIELD	30-71512397-1	4202-9842	contacto@assistire.com.ar	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 18 HS
------------------------	----------------------------------	---------------	-----------	---------------------------	----------	---------------------------

PRESTACIONES DE APOYO

FONOAUDIOLOGÍA

SILVINA PUIG	GARIBALDI 31, QUILMES	27-23399178-9	15 3050-2830	silvina_puig@hotmail.com	ZOOM - WHATSAPP	LUNES A VIERNES 13 A 17 HS
BARONE LILIANA	CALLE 31 539, GUERNICA	27-25148907-1	15 5720-4628	lilianabarone8@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 13 A 17 HS
SILVANA DE FRANCESCO	AV. BELGRANO 3980, SARANDÍ	27-30098142-4	4207-5531	puertasabiertas_contable@yahoo.com.ar	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
BIGGIERO NOELIA	ITUZAINGÓ 1341, LANÚS	27-31525715-3	15 6459-8339	noe_carolina25@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS

KINESIOLOGÍA

PARRIEGO LEONARDO	CALLE11 663, GERNICA	20-28316536-2	15 60027086	leoparriego@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 13 A 17 HS
-------------------	----------------------	---------------	-------------	-----------------------	----------	----------------------------

MUSICOTERAPIA

CRISTIAN MARTINEZ	LAVALLEJA 36, QUILMES	20-27589354-5	15 65104189	cristianmartinezmt@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 14 A 18 HS
-------------------	-----------------------	---------------	-------------	------------------------------	----------	----------------------------

PSICOLOGÍA

HERNANDEZ CINTIA	BASAVILBASO 2091, LANÚS	27-30320652-9	156 891 6051	cinti_hernandez@hotmail.es	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
MILLEVILLE DANIELA	CALLE 31 539, GUERNICA	27-40291373-3	15 67845713	danielamilleville@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
DIEGO CARBALLO	COLOMBIA 2504, SAN JUSTO	23-28061221-9	15 5595-8095	diegohcarballo@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
CASTAÑO SOLEDAD	F. AMOEDO 3056, QUILMES	27-23505521-5	15 5517-8104	solecst@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
SOLEDAD AREBALO	SALTA 1560, LANÚS	27-31171800-8	15-6050-7364	msarebalo@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 13 A 18 HS
RIVOSECCHI MA. LUCILA	AV. BELGRANO 3980, SARANDÍ	27-29461047-8	4207-5531	puertasabiertas_info@yahoo.com.ar	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
LUCIANA CHUCHURRA	CNEL. SAYOS 653, LANUS	27-31683570-3	15 6028-8447	lu_chuhurra@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 13 A 18 HS

PSICOPEDAGOGÍA

CRISTINA VERSOLATTO	CRÁMER 131, BERNAL	23-22825363-4	15 61756101	cristinaversolatto@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 13 A 18 HS
ROSENTHAL LUCIA	F. AMOEDO 3056, QUILMES	27-13262185-9	4-250-0237	luciarosenthal@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
MOSCOLONI KARINA	CALLE 31 539, GUERNICA	27-20616081-6	02224 15 445544	karinamoscoloni@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 13 HS
DESANTI ALEJANDRA	OCAMPO 2872, SAN JUSTO	23-20891771-4	15 2157-9580	lic.desanti@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
DALLE NOGARE MA. ALEJANDRA	AV. BELGRANO 3980, SARANDÍ	27-17745882-7	4207-5531	puertasabiertas_contable@yahoo.com.ar	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS

TERAPIA OCUPACIONAL

MARINA JUAREZ	AV. BELGRANO 3980, SARANDÍ	20-33193507-8	4207-5531	puertasabiertas_contable@yahoo.com.ar	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
BARRAGÁN VERÓNICA	CALLE 31 539, GUERNICA	27-18244022-7	15-5509-4281	veronicajbarragan@yahoo.com.ar	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 13 HS
ALDANA ENRIQUEZ	ITUZAINGÓ1341, LANÚS	27-31651839-2	15-30747102	aldana.enriquez@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS

TRANSPORTE

GODOY MARIELA RAQUEL	LA MADRESELVA 2580, TEMPERLEY	27-25795651-8	15 3829-4374	jumi_0411@hotmail.com	NO	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
RAÚL OSCAR CHÁVEZ	MÉNDEZ 55, GLEW	20-13702067-0	02224-433500	remisalmafuerte_mendez55@hotmail.com	NO	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
DANIEL GUSTAVO DAPENA	ASCASUBI 256, WILDE	20-21972656-3	4207-5003	transportechiquito@hotmail.com	NO	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
TI PRENDO SRL	PASAJE JOSÉ MARÍA GIUFFA 241, CABA	30-71574201-9	2050-3545	tiprendosrl@gmail.com	NO	LUNES A VIERNES 8 A 16 HS.
MONTEIRO ENRIQUE JORGE	VIRGILIO 25, LOMAS DE ZAMORA	23-12000356-9	4282-9048	enrique.monteiro@hotmail.com	NO	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS

PROVINCIA DE SANTA FE

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

MA. FLORENCIA DAOULATTI (FLORECER)	SARMIENTO 4105, ROSARIO	30-71569783-8	(0341) 4651004 - 155023091	consultoriosflorecer@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
------------------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	--------------------------------	----------	---------------------------

MAESTRAS DE APOYO - NO POSEEN REGISTRO PRESTADORES

PACHECO PILAR	CHUBUT 6631, ROSARIO	27-25505762-1	(03476) 6374922	pi_pache@yahoo.com.ar	WHATSAPP	LUNES A JUEVES 18 A 20 HS
DURAN ANDREINA	LISANDRO DE LA TORRE 1972, ROMANG	27-34007416-0	(03482) 496441	andreinaduran900@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 13 A 18 HS

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

LA ROSA ADA ANTONIA (INSTITUTO CZERNY)	TUCUMÁN 2050, ROSARIO	27-02942826-9	(0341) 4406515	institutoczerny@yahoo.com.ar	WHATSAPP - ZOOM	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
---	-----------------------	---------------	----------------	------------------------------	-----------------	---------------------------

PRESTACIONES DE APOYO

FONOAUDIOLOGÍA

CIAN ALEJANDRA	BROWN 1059	27-28237347-0	(03482) 15445640	alejandracian@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
MARTINEZ CINTIA	OLIVEROS 351, PUEBLO ANDINO	27-33805521-3	(0341) 6120722	lic.cintiamartinez@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
GABARDI CANDELA	SARMIENTO 4105, ROSARIO	27-37465384-4	(0341)153377293	cande.gabardi@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS

KINESIOLOGÍA

GALLARD JESICA	ZONA URBANA 0, COLONIA	27-32430568-3	(03482)15583404	jesica_gallard@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
ALVAREZ JAVIER	CASTELLI 575, VENADO TUERTO	20-35196218-7	(03462) 15412096	javieralvarezdomenech@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS

PSICOLOGÍA

RIO BERTUZZI MARIA VICTORIA	SARMIENTO 4105, ROSARIO	27-35470248-2	(03382)15574741	vicky_rio@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
BANDUCCI CLAUDIO	J. INGENIEROS 504, SAN LORENZO	20-29045351-9	(0341) 156014118	claudiobanducci@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
BASALDELLA LUISINA	OLIVEROS 351, PUEBLO ANDINO	27-34527857-0	(03476) 15587183	luisina.basaldella@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS

PSICOPEDAGOGÍA

SAGER MARIA LAURA	SAN MARTIN 1609, ROMANG	27-28136920-8	(03482) 15671133	malaurasager@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
BARRAGAN MA. BELÉN	OLIVEROS 351, PUEBLO ANDINO	27-29509725-1	(0341) 155628985	belubarragan@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
FARIAS MARIANA	SARMIENTO 4105, ROSARIO	27-29397396-8	(0341)4343275 (0341) 156600564	fariasmariana82@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS

TERAPIA OCUPACIONAL

TOFFUL YANINA	ITUZAINGO 2788, ROMANG	27-29853831-3	(03482) 15565959	yanitofful@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 10 A 16 HS
DIAZ NATALIA	OLIVEROS 351, PUEBLO ANDINO	27-31065763-3	(0342) 5128716	lanatis_03@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS

TRANSPORTE

BARACAT CRISTIAN		20-31707338-1	(03476) 15547403	miguelbaracat@hotmail.com	NO	LUNES A VIERNES 8 A 16
KWIDZINSKI REBECA	CALLE 9 Nº 957, ROMANG	27-16099268-4	(03482) 519283	rbkdegomez@hotmail.com	NO	LUNES A VIERNES 8 A 17
RIVERO MANUEL HERMENEGILDO	LA PAZ 1809 3 b, ROSARIO	20-26073918-3	(0341) 153929555	transporte.rivero@hotmail.com	NO	LUNES A VIERNES 8 A 16
RAFULS IGNACIO	CHUBUT 6631, ROSARIO	23-25007194-9	(0341) 6374921	irafuls@yahoo.com.ar	NO	LUNES A VIERNES 8 A 16

PROVINCIA DE CORDOBA - DELEGACIÓN VILLA MARÍA

MAESTRA DE APOYO

VILLARREAL MARIA JOSE	NEUQUEN 552, VILLA MARIA	27-25289510-3	353-5698007	marijo_real@live.com.ar	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 18 HS
FERNANDEZ SOFIA BELEN	MENDOZA 384, VILLA MARIA	27-34560235-1	353-5183566	pspsafia@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 18 HS

PSICOMOTRICIDAD

METILLO ANABELA	GRAL. PAZ 256, VILLA MARIA	27-36309119-4	353-4132564	anabelametillo05@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 18 HS
-----------------	----------------------------	---------------	-------------	------------------------------	----------	---------------------------

PSICOPEDAGOGÍA

PRIEGUE MARIA CRISTINA	BUENOS AIRES 1479, VILLA MARIA	27-21003629-1	353-4211573	mcpriegue@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
------------------------	--------------------------------	---------------	-------------	---------------------	----------	---------------------------

MIGNOLA ROMINA	MENDOZA 384, VILLA MARIA	27-2999598-0	353-4192623	rominamignola@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
----------------	--------------------------	--------------	-------------	-------------------------	----------	---------------------------

PSICOLOGÍA

ARSAUT CAMILA LILEN	VELZ SARSFIELD 1170, VILLA MARIA	27-38159185-4	3537-655655	camii.arsaut@gmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 16 HS
GAMACCHIO LUCIA	25 DE MAYO 409, VILLA MARIA	27-31300203-4	353-4114739	lu_gamacchio@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
FISSORE NATALIA	GENERAL PAZ 256, LAS VARILLAS	27-28882624-8	353-685800	natynfissore@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS

KINESIOLOGÍA

TRUCCONE CAROLINA	GENERAL PAS 256, LAS VARILLAS	27-31623855-1	3533-417909	carolina_truccone@hotmail.com	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 9 A 17 HS
-------------------	-------------------------------	---------------	-------------	-------------------------------	----------	---------------------------

PROVINCIA DE CORDOBA - DELEGACIÓN CENTRO - CÓRDOBA CAPITAL

APOYO A LA INTEGRACIÓN

BECHERO BETIANA	David Luque 1417	27-27444331-1	0351 523-7889	info@centroamun.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
BAUDRACCO MARIA DEL MAR	MISIONES 389		Cel: (03572) 15583594. Tel: (0351) 4233371	mar_baudracco@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CENEIN (ALTINA VALERIA)	Cleveland 5372	27-27959112-2	351- 153066237	secretaria@cenein.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CENNEC SRL	SALTA 272	30-70939653-2	351 4239394	secretariacennecsrl@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
CENTRO DE REHA MEDITERRANEO	Av. 24 de Septiembre 1566		0351 452-1011	cereme.informes@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CEPRINES	Av. Chacal 9124	33-71081691-9	03543 44-3112	ceprines@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CICAL	Mariano Fragueiro 125	30-71542154-9	351 4222710	centrocical.facturacion@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
COPRIN	Duarte Quiros 5307	27-20683056-0	4846728/ 154595569	oscarsergiolavallen@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CUMELCAN	Mogrovejo 7760	30-70938519-0	03543 44-1315	cumelcan06@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
ELS MARIA	Rodriguez Peña 2523, Tucumán 1195	27-29966069-4	0351 675-4291	centrofarfalina@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
FUNDACION GAUDE	Sta Fe 882	30-70858042-9	0351 473-2943	fundaciongaude@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
GEA SALUD SRL (NEUROS)	Av. Colón 4400	30-71390430-5	0351 484- 8900	pdelera@centroneuros.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
INENI	Av. Pablo Ricchieri 2378	27-27341120-3	(0351) 460-2077	inenicba@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
ROJO GRACIELA	Jáchal 4304	27-16083913-4	0351 457-4515	admiinserir@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS

MAESTRA DE APOYO

ECHEGUIA CUDOLA JIMENA	BV LAS HERAS 338	27-30330163-7	351 242-9145	admdiversiacentro@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
------------------------	------------------	---------------	--------------	-----------------------------	----------------------------	------------------------------

IZAGUIRRE EMILSE	Emilio Salgari 2149	27-36124180-6		emilseizaguirreps@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 18 HS
MANZANELLI LUCIANA	Ramon De Carassa 2694	27-29473134-8	3516 34-0813	luciana_b_m@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 18 HS
COLAZO ANA - NO POSEE RNP	Avenida Fuerza Aerea 2740	27-29474791-0	351-4517225	valeriacolazo@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 18 HS
LEZCANO DANIELA	Industria 885	27270761793	351-152516524	psicotrabajo2017@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
MIGNOLA MARIA BELEN - NO POSEE RNP	Andres Chazarreta 1373	27359653854	3517 01-6348	belumig_91@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 18 HS
GALLO MONICA	Río Negro 570	27167448599	0351 480-0380	sanarrehabilitacion@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
CILIA PAMELA	Luis Galvani 5533		3517687004.	pamelacilia1993@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
ALLENDE MUSSA TAMARA	Constantino Gaito 1858	27329257962	0351- 156800793	allendetamara@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 18 HS
MORINIGO IVANA	JOSE AMENABAR 720			ivanamorinigo@outlook.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
VILLAFAÑE MARIA	Dr. Pablo Mirizzi 818	27304719538	351241540	fer_1410@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
GALEASSI MELANIA - NO POSEE RNP	Las Cañitas, manzana 18 – lote 14.	27338161552	0351-153456002	melgaleassi@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	lunes a viernes de 8a 17 HS

ESCUELA PRIMARIA

INSTITUTO DIVINA PROVID.	José Esteban Bustos 873	30678688092	0351 4821017	institutodivinaprovidencia@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
CKARI CAY	Comechingones 1354	30604392280	351 488-3462	ckaricay@hotmail.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	Lunes a Viernes de 9hs a 20hs.
INSTITUTO DIVINA PROVID.	José Esteban Bustos 873	30678688092	0351 4821017	institutodivinaprovidencia@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

EL PUENTE CET	Adolfo Orma 1685	30600108561	351 4811018	escuelaespecialelpuente@fibertel.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
EL FARO	Obrero, Haedo 473	30709569321	0351 480-9735	fundacionfaros@fundacionfaros.org.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
CUMELCAN	Mogrovejo 7760	30709385190	03543 44-1315	cumelcan06@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CENTRO DE REHABILITACION KIRON SA	Bv. Guzmán 625/7 B- Centro	30709385190	351-4252835 351- 152187204	info@centrokiron.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
TALITA KUM	Bialet Masse 1735 -	30711224455	0351 4726849	asociaciontalitakum@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
CENTRO MI LUGAR SA	Colectora Agustin Tosco 1180	30712401156	0351 2259325	facturacion@centromilugar.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS

REHABILITACIÓN - INTERNACIÓN

MI CASA QUINTA SRL	Aureliano Bodereau B. Granja de Funes Pje. Juan Alba Posse 5854	30711762996	(03543) 442323	micasaquinta@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES 24 HS
--------------------	--	-------------	----------------	------------------------	----------------------------	-----------------------

REHABILITACIÓN - AMBULATORIO

ALPI	San Lorenzo 283		0351) 422 8183	alpi.cordoba@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
------	-----------------	--	----------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

BAUDRACCO MARIA DEL MAR	MISIONES 389		Cel: (03572) 15583594 Tel: (0351) 4233371	mar_baudracco@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
BECHERO BETIANA	David Luque 1417	27274443311	0351 523-7889	info@centroamun.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CENEIN (ALTINA VALERIA)	Cleveland 5372	27279591122	351- 153066237	secretaria@cenein.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CENNEC SRL	SALTA 272	30709396532	351 4239394	secretariacennecsr@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CENTRO DE REHA MEDITERRANEO	Av. 24 de Septiembre 1566		0351 452-1011	cereme.informes@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CENTRO DE REHABILITACION LOGROS	Sta. Ana 2265	27145409271	0351 489-6526	logroscba@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CEPRINES	Av. Chacal 9124	33710816919	03543 44-3112	ceprines@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CICAL	Mariano Fragueiro 125	30715421549	351 4222710	centrocical.facturacion@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
COPRIN	Duarte Quiros 5307	27206830560	4846728/ 154595569	oscarsergiolavallen@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
CTRO DE REHAB. NEUROLOG. GOSPA	Félix Olmedo 2153	20177870669	0351 4690569	centrogospa@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
DRAGUA/ FARFALINA	Rodriguez Peña 2523, Tucumán 1195	30716511975	0351 675-4291	centrofarfalina@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
FUNDACION GAUDE	Sta Fe 882	30708580429	0351 473-2943	fundaciongaude@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
FUNDACION SAN BENITO	Goycochea 3368	30711811121	0351 448-7954	danielabustos.sb@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
GEA SALUD SRL (NEUROS)	Av. Colón 4400	30713904305	0351 484- 8900	pdelera@centroneuros.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
IESE	Obispo Echenique Altamira 3066	30711977348	351 156777282	i.e.s.e@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
INENI	Av. Pablo Ricchieri 2378	27273411203	(0351) 460-2077	inenicba@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
ROJO GRACIELA	Jáchal 4304	27160839134	0351 457-4515	admiinserir@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS

PRESTACIONES DE APOYO

FONOAUDIOLOGÍA

ARREGUI MARIA LUZ	Industria 885	27924986498	156558765.	marialuzalvarezarregui@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
LORENZATTI CAROLINA	SALTO 29	27307819983	0351 452-7485	secretarianeuroability@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
AVILA MARIA BELEN	Río Negro 570		0351 480-0380	sanarrehabilitacion@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
DIAZ CECILIA	OCAÑA 60	23316211054	156714158	cecilia_fga@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
TABARES CARINA	Río Cuarto 561	27264848224	0351 451-3196	rayodesolcba@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS

KINESIOLOGÍA

UBERTI DIEGO	SALTO 29	20209765080	0351 452-7485	secretarianeuroability@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
LOZA RAUL	Río Cuarto 561	20248336057	0351 451-3196	rayodesolcba@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS

PSICOLOGÍA

RODA MARIA	Industria 885	23291634494		piucharoda@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
ABRATTE MARIA DANIELA	Agustin Garzon 2469	27240942203		mdabratte@yahoo.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 18 HS
STECCO JUAN IGNACIO	SALTO 29	20287857897	0351 452-7485	secretarianeuroability@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
FUENTES LEIZA MERCEDES	Río Negro 570	27298735038	0351 480-0380	sanarrehabilitacion@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
FERREYRA MICAELA	Luis Galvani 5533	27337004690	3517687004.	ferreyra micaela_814@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
GARCIA MARIA JOSE	Constantino Gaito 1858	23322814364	(0351) 152309434	majo_2003@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
OLMEDO VANESA	Río Cuarto 561	27306094233	0351 451-3196	rayodesolcba@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
PAREDES PABLO MARCELO	OCAÑA 60	20200825900	152313749	leonparedes_702@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
BATISTA LORENA	Concejal Bossi 258 Dpto:3		(0351)152 452475	lorena.solbatista@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
PAZ PAOLA	Dr. Pablo Mirizzi 818	27324079276	3516687008	paop861@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS

PSICOMOTRICIDAD

MEDICI DANIELA	Luis Galvani 5533	27331780532	3517687004.	elburrito30@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
BEZZONE NORA	Echeverria 258	27174302583		nbezzone@yahoo.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 18 HS

PSICOOPEDAGOGÍA

RODRIGUEZ LOZANO SOFIA	Industria 885	27259410784	3515 38-9005	sofiarl2001@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
DALMASSO RAQUEL	Carlos Becu 3041			dalmassoraquel@yahoo.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
GONZALEZ NOELIA	Dr. Pablo Mirizzi 818	23303349294	3516815409	noeliagonzalezpsp4@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	lunes a viernes de 8 a 20 hs
CARROZA NOELIA	Luis Galvani 5533	27329671025	3517687004.	noecarroza@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
FUNDACION GAUDE	Sta Fe 882	30708580429	0351 473-2943	fundaciongaude@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
MIRETTI SILVANA RITA	OCAÑA 60	27311573212	153085893	silvi_miretti84@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS
ROULIER PAZOS MELINA	Río Negro 570	27326882106	0351 480-0380	sanarrehabilitacion@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
FERRERO NATALIA	Constantino Gaito 1858	27323329554	0351-157620291	nati_ferrero@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 19 HS

TERAPIA OCUPACIONAL

PIROG GISELA	SALTO 29	27310589328	0351 452-7485	secretarianeuroability@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
GONZALEZ JOSEFINA	Río Cuarto 561		0351 451-3196	rayodesolcba@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS

PROVINCIA DE CÓRDOBA - DELEGACIÓN CENTRO - ZONAS ALEDAÑAS

PRESTACIONES DE APOYO

FONOAUDIOLOGÍA

MARTINEZ MARISOL	Avellaneda 75, DEAN FUNES	27286578522	3521 401656	centronorsalud@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
RAMOS MARIA	Alsina 86, VILLA ALLENDE	27304728197	351 3078917	entrelazos.adm@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
ARMANDO NATALIA	Hipolito Yrigoyen 70	27236370343	3512 13-9888	solegiusto@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
SORIA MARIA	Baltimore 645, LA CALERA	27285825747	03543 408694	nogalrehabilitacionintegral@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
DEL VALLE PALAVECINO NATALIA	Julio Roca 448, JESUS MARIA	23264849144	0351- 153168019	fgacecilia@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20HS
ARROYO DOSCH NATALIA	ROQUE SAENZ PEÑA 151, BIALET MASSE	27332517878	3541 550432	alichumai@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
GANIS MARIA CECILIA	SARMIENTO 101, RIO CEBALLOS	27319966256	351 155143572	marysolmartinezfono@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
SANCHEZ CAROLINA	Dr. José Bregante 88, RIO CEBALLOS	27276140995	153461695	miradas.soyporquesomos@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
RAMALLO VIRGINIA	Dr. José Bregante 88, RIO CEBALLOS	27937428249	153461695	miradas.soyporquesomos@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
PUJADAS YANINA	BELGRANO 461, SALSIPUEDES	27359198391	351 5926520	vir.ramallo@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
MORENO PATRICIA	Rivera Indarte 580, VILLA ALLENDE	27216198307	351 595-7526	secretariacentrointegrarte@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	lunes a viernes de 8 a 20 horas
MAIDANA ALICIA	San Martin esquina Rivadavia S/N. VILLA CARLOS PAZ	27257682566	3541657678	carosanchez77@yahoo.com.ar	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 9 A 19 HS
VARAS AGUSTINA	Baltimore 645, VILLA ALLENDE	27406808411	03543 408694	nogalrehabilitacionintegral@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
ACUÑA CAREN ANABEL	Hipolito Yrigoyen 70, LA CALERA	27381097620	3512 13-9888	solegiusto@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS

KINESIOLOGÍA

SAIRE NOELIA	Baltimore 645, VILLA ALLENDE	27306578524	03543 408694	nogalrehabilitacionintegral@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
ASTURI MATIAS	Baltimore 645, VILLA ALLENDE	23358872239	03543 408694	nogalrehabilitacionintegral@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
QUIROGA VIVAS LUCIANA	Hipolito Yrigoyen 70, LA CALERA	27319968526	3512 13-9888	solegiusto@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
DALLA COSTA LAURA	Ameghino 260, JESUS MARIA	27320800337	03525 68-8450	LAURADALLACOSTA_26@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
ASTURI MATIAS	Baltimore 645, VILLA ALLENDE	23358872239	03543 408694	nogalrehabilitacionintegral@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS

PSICOLOGÍA

OCHOTECO ALEJANDRA	ROQUE SAENZ PEÑA 151, BIALET MASSE		3541 550432	ochotecoale@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
CAÑA MARIA LAURA	Avellaneda 75, DEAN FUNES	27296867719	3521 401656	centronorsalud@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS

ARIAS WALTER	Salta 794,JESUS MARIA	20208175182	0352 15417540	wdaniel81@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES AVIERNES DE 8 A 20 HS
LONDERO INES	Ameghino 260, JESUS MARIA	27305865414	03525 68-8450	LAURADALLACOSTA_26@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
RUBIOLO BARBERO CAROLINA	Santiago del Estero 664,JESUS MARIA	27336957775	03525 60-7707	centroneurointegral@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
YNSAURRALDE KUPERSTEIN LAURA	Hipolito Yrigoyen 70, LA CALERA	27283881798	3512 13-9888	solegiusto@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
GREME CRISTIAN	Dr. José Bregante 88, RIO CEBALLOS	20317828234	153461695	miradas.soyporquesomos@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
RUBIO MARIA EUGENIA	Dr. José Bregante 88, RIO CEBALLOS	27334554096	153461695	miradas.soyporquesomos@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
TSCHOPP MARIA INES	SARMIENTO 101, RIO CEBALLOS	27299919183	351 152075443	inestschopp@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
REYNAUDO MARIA	BELGRANO 461, SALSIPUEDES	27243852175	351 3250819	mariareynaud07@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
AGUIRRE MARIA VICTORIA	Alsina 86, VILLA ALLENDE	27206201091	351 3078917	entrelazos.adm@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
LEPORI AGUIRRE FLORENCIA	Baltimore 645, VILLA ALLENDE	27359667308	03543 408694	nogalrehabilitacionintegral@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
MARIN MARIELA	Baltimore 645, VILLA ALLENDE	27281238413	03543 408694	nogalrehabilitacionintegral@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
SALINGER MARIA CELESTE	Rivera Indarte 580, VILLA ALLENDE	27318843436	351 595-7526	secretariacentrointegrarte@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
ARIZA TREVISSON CECILIA RAQUEL	San Martin esquina Rivadavia S/N. VILLA CARLOS PAZ	27344078977	03541-15377998	ceciliaraquelariza@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 9 A 19 HS
DE ORO NOELIA	Belgrano 783, VILLA DEL TOTORAL	27310556659	03524-15494217	consultoriosnanak@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES AVIERNES DE 8 A 20HS
SANCHEZ CAROLINA	Belgrano 783, VILLA DEL TOTORAL	27276140995	03524-15494217	consultoriosnanak@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS

PSICOMOTRICIDAD

SECONDI MARIA CAROLINA	Alsina 86, VILLA ALLENDE	27304705898	351 3078917	entrelazos.adm@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
GANDINI MARIA VICTORIA	San Martin esquina Rivadavia S/N VILLA CARLOS PAZ		351 3433130	mv.mvickg@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 9 A 19 HS
SALVAGNO CAMILA	BELGRANO 461, SALSIPUEDES	27390570851	351 3060929	camilasalvagno3@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
RUBIO MARIA EMILIA	Dr. José Bregante 88, RIO CEBALLOS	27279584916	153461695	miradas.soyporquesomos@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
CEBALLOS MARIANA	ROQUE SAENZ PEÑA 151, BIALET MASSE	27222215086	3541 550432	marian_andre7@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
PAZ MARIELA DEL MILAGRO	Hipolito Yrigoyen 70, LA CALERA	27295709028	3512 13-9888	solegiusto@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
MARTINEZ PILAR	Ameghino 260, JESÚN MARÍA	27345422701	03525 68-8450	LAURADALLACOSTA_26@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS

PSICOPEDAGOGÍA

RIZZO AYELEN	SARMIENTO 101, RIO CEBALLOS	27366803446	351 156539513	aye.ayerizzo@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES AVIERNES DE 8 A 20HS
KARLEN MARIANA	Rivera Indarte 580, VILLA ALLENDE	27225852818	351 595-7526	secretariacentrointegrarte@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES AVIERNES DE 8 A 20HS
GARCIA MADOERY	Belgrano 783, VILLA DEL TOTORAL	27374765677	03524-15494217	consultoriosnanak@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES AVIERNES DE 8 A 20HS
MACHADO ZORRILLA LUCIANA	Hipolito Yrigoyen 70, LA CALERA	27331625855	3512 13-9888	solegiusto@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS

SOSA AYALA MARIA	Alsina 86, VILLA ALLENDE	27286686031	351 3078917	entrelazos.adm@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
VILLAGRA ANDREA ROMINA	San Martin esquina Rivadavia S/N. VILLA CARLOS PAZ		03541-15629361	romivillagra2812@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 9 A 19 HS
DURGALI QUIROGA STEFANIA	Dr. José Bregante 88, RIO CEBALLOS	27361251828	153461695	miradas.soyporquesomos@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
ALTAMIRANO CAROL	ROQUE SAENZ PEÑA 151, BIALET MASSE	27247706270	3541 550432	carolaltamirano2018@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
TREVISANI FLORENCIA	Santiago del Estero 664,JESUS MARIA	27355675292	03525 60-7707	centroneurointegral@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
GHISIGLIERI MARIA	Ameghino 260, JESÚS MARÍA	27355645512	03525 68-8450	LAURADALLACOSTA_26@hotmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 21 HS
GONZALEZ MABEL	Avellaneda 75, DEAN FUNES	27259417568	3521 401656	centronorsalud@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS

TERAPIA OCUPACIONAL

CABRERA NAVARRO LUCIANA	Baltimore 645, VILLA ALLENDE	23-36255221-4	03543 408694	nogalrehabilitacionintegral@gmail.com	ZOM-WHATSAPP- VIDEOLLAMADA	LUNES A VIERNES DE 8 A 20 HS
-------------------------	------------------------------	---------------	--------------	---------------------------------------	----------------------------	------------------------------

PROVINCIA DE CHUBUT - DELEGACIÓN TRELEW

MAESTRA DE APOYO

YAPURA IVANA	JOSE HERNANDEZ 554		280-154620927		WHATSAPP	LUNES A VIERNES 10 A 17 HS
CRISTANCHI ROMINA - NO POSEE RNP			280 401-2732	romina.cristanchi@gmail.com>	WHATSAPP	LUNES A VIERNES 10 A 17 HS

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

COMIENZOS	CHACRA n40 Los pinos ruta 7		280-4482684	comienzos@infovia.com.ar	WHATSAPP	LUNES A VIERNES DE 8a 18 HS
PICHI ANAI	SAN MARTIN Y PELLEGRINI		0280-4427670		WHATSAPP	LUN A VIERNES DE 8 A 14 HS

PRESTACIONES DE APOYO

FONOAUDIOLOGÍA

IRIBARREN ANDREA	ITALIA 265		0280-4423432	fonoair@yahoo.com.ar	WHATSAPP	lun a vier de 8 a17
FERRADA MARCELA	25 DE MAYO 1890		0280-154514136	ferradamarcela@yahoo.com.ar	WHATSAPP	MARTES A VIER 9 A 17HS

KINESIOLOGÍA

TRANCHE SILVINA	BERWIN 46	23-24140972-4	0280-154624213	sil_tranche@hotmail.com	WHATSAPP	LUN A JUEVES DE 9 A 18HS
-----------------	-----------	---------------	----------------	-------------------------	----------	--------------------------

PSICOLOGÍA

VYRAN MIRIAM	ITALIA 265		0280-4423432	licmyriamnoemi@gmail.com	WHATSAPP	LUN A VIERNES DE 9 A 17 HS
YOSET LUCIA	MORENO 443	27-28055264-5	0280-154550677	luciyoset@gmail.com	WHATSAPP	MARTES Y JUEVES 10 A 17HS

PSICOPEDAGOGÍA

BENITEZ SILVIA	LEWIS JONES 291	27-33917360-0	0280-4436940	benitezsilvia@outlook.es	WHATSAPP	LUN A VIERNES DE 9 A 17 HS
D'ALOIA MIRIAM	ITALIA 265		0280-4423432	daloiamiriam@gmail.com	WHATSAPP	LUN/MIER 9A16HS-MAR/JUE 12A 21HS

TERAPIA OCUPACIONAL

EVELYN LEV	PELLEGRINI 729	27-30284182-4	0280-154417874	to_evelinlev@yahoo.com	WHATSAPP	LUN A VIERNES DE 10 A 17HS
BRUNA PATRICIA INES	MARCONI 360		0280-4422282	patriciainesbruna@gmail.com	WHATSAPP	LUN A VIERNES DE 12 A 17



ANEXO MODELOS Y PLANILLAS

1

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Para todas las prestaciones, excepto transporte

2

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Para todos los servicios de traslados

3

PRESTACIONES CON DEPENDENCIA - ESCALA (FIM)

Escala de Medición de Independencia Funcional

Para las prestaciones Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con Centro educativo terapéutico, Centro de día y Centro educativo terapéutico.

4

TRANSPORTE CON DEPENDENCIA - ESCALA (FIM)

Escala de Medición de Independencia Funcional

*Para los servicios de traslados que requieran dependencia
(Incluye diagrama de traslados)*

5

PLANILLA DE ASISTENCIA

Para todas las prestaciones, incluso transporte.

6

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Para todas las prestaciones, excepto transporte.

7

PRESUPUESTO TRANSPORTE

*Uno por cada diagrama de Traslado
(Incluye diagrama de traslados)*

8

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Modelo de los contenidos del mismo.



OSBLYCA
RNOS 1-0290-4

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS BARRACAS DE LANAS, CUEROS Y ANEXOS

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: _____

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Yo: _____

Con Documento Nacional de identidad N°: _____

Doy mi conformidad respecto a las prestaciones que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación desde _____ hasta _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación desde _____ hasta _____

5. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la 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 las prestaciones detalladas precedentemente

Firma: _____ Aclaración: _____ DNI: _____



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS BARRACAS DE LANAS, CUEROS Y ANEXOS

CONFORMIDAD DEL TRANSPORTE

Fecha: _____

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____ DNI _____

Yo: _____

Con documento nacional de identidad N°: _____, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el Período: desde _____ hasta _____ del corriente.

DIAGRAMA DE TRASLADOS:

Traslado con Retorno:	Sí:	NO:	Traslado 1								
Lugar de partida:			Hora:		Destino:						
LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADOS	
Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:

Traslado con Retorno:	Sí:	NO:	Traslado 2								
Lugar de partida:			Hora:		Destino:						
LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADOS	
Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:

Traslado con Retorno:	Sí:	NO:	Traslado 3								
Lugar de partida:			Hora:		Destino:						
LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADOS	
Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:

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 autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____ Aclaración: _____ DNI: _____

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)-

(Para las prestaciones hogar, hogar con centro de día, hogar con centro educativo terapéutico, centro de día, centro educativo terapéutico)

Nombre y Apellido del beneficiario:

D.N.I: Diagnóstico.....

El apoyo que requiere es:

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
	Motor	<u>Autocuidado</u>	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		<u>Control de esfínteres</u>	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		<u>Movilidad</u>	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
	11. Traslado en bañera o ducha		
	<u>Ambulación</u>		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas		
	13. Subir y bajar escaleras		
	Cognitivo	<u>Comunicación</u>	
14. Comprensión			
15. Expresión			
<u>Conocimiento social</u>			
16. Interacción social			
	17. Solución de problemas		
	18. Memoria		
Total			

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

Grado de Dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin Ayuda	7. Independencia completa
	6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión
	4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
	3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiátrico en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evolución por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de Declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Firma y Sello Médico

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)- PARA TRANSPORTE

Nombre y Apellido del beneficiario:

D.N.I: Diagnóstico.....

El apoyo que requiere es:

Trasladándose a los siguientes destinos			
Lugar de partida:	Destino:	Días de traslado:	Horario:
Lugar de partida:	Destino:	Días de traslado:	Horario:
Lugar de partida:	Destino:	Días de traslado:	Horario:
Lugar de partida:	Destino:	Días de traslado:	Horario:

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
	Motor	<u>Autocuidado</u>	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		<u>Control de esfínteres</u>	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		<u>Movilidad</u>	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
	11. Traslado en bañera o ducha		
	<u>Ambulación</u>		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas		
	13. Subir y bajar escaleras		
	Cognitivo	<u>Comunicación</u>	
14. Comprensión			
15. Expresión			
<u>Conocimiento social</u>			
16. Interacción social			
	17. Solución de problemas		
	18. Memoria		
Total			

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

Grado de Dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin Ayuda	7. Independencia completa
	6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión
	4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
	3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiátrico en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evolución por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de Declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Firma y Sello Médico



OSBLYCA
RNOS 1-0290-4

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS BARRACAS DE LANAS, CUEROS Y ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA – PLANILLA DE ASISTENCIA

Beneficiario – Nombre y Apellido:	DNI:
Período de Prestación:	Cantidad sesiones por semana:
Prestador, razón social:	Prestación que brinda:

DÍA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA BENEFICIARIO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

DÍA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA BENEFICIARIO
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
-	-	-	-	-

Observaciones:

Firma del Familiar a cargo: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Grado de parentesco: _____



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
LAS BARRACAS DE LANAS, CUEROS Y ANEXOS**

PRESUPUESTO – PRESTACIONAL

Fecha de emisión: _____

Razón Social del Prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde realiza la prestación: _____

Entidad bancaria: _____ Sucursal: _____

Indique tipo y N° de Cuenta (caja de Ahorro o Cta. Corriente): _

CBU: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI _____

Modalidad prestacional a brindar - especialidad: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período de la prestación desde: _____ hasta _____

Almuerzo: Sí - No _____

Monto Mensual: _____

En caso de Corresponder:

Dependencia: Sí - No _____

Matricula anual: _____

Cantidad de sesiones semanales: _____ Cantidad de sesiones Mensual: _____

Monto por sesión: _____ Monto total mensual: _____

Cronograma de asistencia:

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



OSBLYCA
RNOS 1-0290-4

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS BARRACAS DE LANAS, CUEROS Y ANEXOS

PRESUPUESTO – TRANSPORTE

Fecha de emisión: _____

Razón Social del Prestador: _____

CUIT: _____ Domicilio: _____

Entidad bancaria: _____ Sucursal: _____

Indique tipo y N° de Cuenta (caja de Ahorro o Cta. Corriente): _

CBU: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N° _____

Beneficiario: _____ DNI _____

Domiciliado en: _____ Localidad: _____

Período de la prestación desde: _____ hasta _____

Diagrama de Traslado – Para asistir a: _____

Traslado con Retorno:		Sí:	NO:								
Lugar de partida:				Hora:		Destino:					
LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADOS	
Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:	Sí:	NO:

Valor del Kilómetro – según resolución vigente: \$ _____

KM diarios para este diagrama de traslados: _____ Importe diario: \$ _____

Total Kilómetros Mensuales: _____ Importe Mensual: \$ _____

Si corresponde – Dependencia (Sujeto a evaluación)

Cuál es el apoyo específico a brindar: _____

Requiere Dependencia Sí - No: _____

Valor del Km sin dependencia: _____ Adicional Dependencia 35%: \$ _____

Monto Mensual con Dependencia: _____

Firma, aclaración del beneficiario o familiar a cargo: _____

Firma, aclaración o sello Transportista: _____

Fecha:

Resumen de Historia Clínica

Nombre y Apellido:

DNI:

Enfermedad actual - Es el diagnóstico del CUD

Antecedentes de enfermedad actual – Todo lo relacionado al diagnóstico del CUD

Examen físico clínico – Como se encuentra, peso, altura, etc.

Plan de estudios – Si requiere actualizar algún estudio relacionado a la patología

Plan terapéutico – Las prestaciones que recibe por discapacidad.

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

COMPLETAR

Fecha:

Resumen de Historia Clínica

Nombre y Apellido:

DNI:

Firma y Sello Profesional