OSUTHGRA

OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952-953

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2027

Documentación Médica

Recepción a partir del día 1 de Octubre del 2026

IMPORTANTE: **NO** SE AUTORIZARÁ NINGÚN LEGAJO AL QUE LE FALTE EL I**NFORME DE ADMISIÓN O EL INFORME EVOLUTIVO** (SEGÚN SEA EL CASO, SE ESPECIFICA EN INSTRUCTIVOS) DE TODOS LOS PRESTADORES INTERVINIENTES EN EL TRATAMIENTO DEL BENEFICIARIO.

En cumplimiento con las disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, **toda documentación firmada que se presente en la Obra social debe contar con firma original, de puño y letra (manuscrita), a excepción de las Recetas Médicas Electrónicas, según lineamientos de Ley 27553 y Resolución 2241/2025.**
No se aceptarán documentos con imágenes insertadas de firmas, ya que serán rechazados, generando demoras innecesarias y retrabajo para ambas partes.

Versión actualizada al 17/09/2026

Sr. Beneficiario:

Documentación para hacer completar por el médico de cabecera, que puede ser:

- **Pediatra**
- **Neurólogo / Según edad/ diagnóstico de la PCD**
- **Psiquiatra**
- **Fisiatra**

Documentación Médica necesaria para todos los tratamientos:

1. **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA- ANEXO 2** confeccionada por el **Médico de Cabecera (Pediatra, Neurólogo, Psiquiatra o Fisiatra)**. Se recibirá de forma **COMPLETA y LEGIBLE.**
2. **PEDIDO MÉDICO:** según Instructivo, de forma **COMPLETA y LEGIBLE.**

IMPORTANTE:

Las solicitudes de las prestaciones tienen que estar sujetas al año o calendario. Comenzando el 1° culminando el último día del mes.

- **Ejemplo: CET, Jornada completa de ENERO a DICIEMBRE 2027**
- **Ejemplo: Maestra de Apoyo, de FEBRERO a DICIEMBRE 2027**

La fecha de emisión del pedido médico no podrá ser posterior a la fecha de inicio del período solicitado en el mismo.

IMPORTANTE

Debe existir total coincidencia entre lo que se solicita en el pedido médico y lo que el prestador/ Institución/ Transporte presupuesta.

Todas las instituciones en donde se realicen prestaciones a pacientes con discapacidad deberán encontrarse categorizadas por la Secretaría Nacional de Discapacidad - ANDIS. Puede realizarse la consulta en la siguiente página web:

https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

Documentación Médica necesaria para CET, CED y Hogares con dependencia:

1. FIM- Escala de Independencia Funcional – ANEXO 2.5: confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional. (Res. 1743/2024 SSSalud.)

Documentación Médica necesaria SOLO para Transporte con dependencia:

1. FIM- Escala de Independencia Funcional – ANEXO 2.5: Confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional.

IMPORTANTE

Únicamente para beneficiarios mayores de 6 años.

La aprobación del transporte especial privado se encuentra ligado a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte.

Asimismo,debe figurar "**TRANSPORTE"**como **Orientación Prestacional dentro del CUD**.
La cobertura se brindará hasta un total de **1500 km mensuales**, entre todos los destinos; pudiendo la Obra Social solicitar la derivación a otro establecimiento de igual calidad prestacional, más cercano a su domicilio.

NOTA DE ATENCIÓN IMPORTANTE REQUISITO EXCLUSIVO DE VALIDEZ

A partir de este período, **toda la documentación del legajo (Pedidos Médicos, Presupuestos, Planes de Tratamiento y Conformidades Prestacionales) deberá ser firmada de manera estrictamente OLÓGRAFA**

- **Firma Ológrafa Deficiente o Firma Pegada:** Al igual que los presupuestos, el médico debe firmar de puño y letra sobre el papel (tinta azul o negra)
- **Prohibición de firmas digitales "híbridas" o pegadas:** No se aceptarán bajo ningún concepto firmas o sellos recortados y pegados como imagen.
- **Enmiendas o Tachaduras:** El pedido médico no puede tener corrector líquido, tachaduras ni escrituras con dos tintas o caligrafías diferentes.

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 2 - Resumen de Historia Clínica

Apellido y Nombre: DNI:	Fecha:
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Antecedentes clínicos en relación a la patología de base (CUD):	
Descripción integral de la condición de salud del paciente:	

En relación a: * Alimentación:	Dependiente:	Autoválido:
* Vestido :	Dependiente:	Autoválido:
* Higiene :	Dependiente:	Autoválido:

Prestaciones que recibe actualmente:
Evolución del paciente alcanzada con los tratamientos realizados:
Firma, Aclaración y Sello del Médico tratante:

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 2.1- Pedido Médico Instituciones

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Número de D.N.I: …….

DIAGNÓSTICO ……

……

……

Solicito (*): Centro de Día - Centro Educativo Terapéutico - Educación Inicial - EGB - Formación Laboral - Aprestamiento Laboral - Hogar Permanente con CED - Hogar Permanente con CET - Hogar Permanente - Estimulación Temprana - etc.

……..

Jornada (*) Simple / Doble: ……

Con Dependencia (*): SI / No: ……..

Período de Prestación: Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Fecha:...../……/……

(La fecha debe ser anterior al comienzo de la prestación)

……

Firma y sello del Médico tratante

(*) Marcar lo que corresponda

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

ANEXO 2.2 - Pedido Médico Rehabilitación

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Número de D.N.I: …….

Diagnóstico:…….

Aclaración :
*** Módulo Simple** (menos de 5 sesiones semanales con más de una especialidad)
*** Modulo Intensivo: (** hasta 5 sesiones semanales con más de una especialidad)

Solicito tratamiento de rehabilitación:

…….. sesiones semanales de.....……...
(cantidad) (terapia)

…….. sesiones semanales de.....
(cantidad) (terapia)

…….. sesiones semanales de.....
(cantidad) (terapia)

……sesiones semanales de .....
(cantidad) (terapia)

…….. .sesiones semanales de .....
(cantidad) (terapia)

Período de Prestación: Desde: ..... / …..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Fecha: ..../…. ……/…… ……
(La fecha debe ser anterior al comienzo de la prestación) Firma y sello del Médico tratante

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 2.3 - Pedido Médico SAIE - Maestra de Apoyo

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Número de D.N.I: ……

Diagnóstico:……

Solicito (*): Módulo de Apoyo a la Integración Escolar por Equipo/ Módulo de Maestra de Apoyo.

……

Período de Prestación:

Desde: ..... / …..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Fecha:...../……/……

(La fecha debe ser anterior al comienzo de la prestación)

……

Firma y sello del Médico tratante

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 2.4 - Pedido Médico Transporte

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Número de D.N.I: …….

Diagnóstico:……..

……

Solicito transporte a …… , ida y vuelta a su domicilio.
(prestación a la que asista)

Período de Prestación: Desde: ..... / …..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Dependencia: Si - No: …….. (Sólo podrá ser solicitado a partir de los 6 años de vida)

Justificación Médica de la Solicitud de Transporte. No justifica mencionar patología de base ni que no se moviliza por sus propios medios. Es decir, se deberá indicar cuál es la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.

……

……

……

……

Fecha:...../……/…… ……

(La fecha debe ser anterior al comienzo de la prestación)

Firma y sello del Médico tratante

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 2.5 - Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Fecha:...../……/……

Nombre y Apellido del beneficiario: ……..

D.N.I: ……...

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos	**Autocuidado**	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		Control de esfínteres	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		Movilidad	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
		11. Traslado en bañera o ducha	
		Ambulación	
		12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas	
		13. Subir y bajar escaleras	

	Cognitivo 35 puntos	**Comunicación**	
		14. Comprensión	
		15. Expresión	
		Conocimiento social	
		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)
Dependencia completa	3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Aspectos relevantes:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma y sello del médico tratante / Lic. en Terapia Ocupacional