

# Formulario 1

## Indicación de Cuidador Domiciliario

A ser completada y firmada por un Psicólogo o Médico.  
La presente constituye una Declaración Jurada.

APELLIDO y Nombre del afiliado:	
Nº de afiliado:	

### A. Datos del profesional solicitante:

Sello:	Especialidad:
Teléfono de contacto laboral: (    )	Horarios potenciales de contacto:
Email de contacto ( <i>no obligatorio</i> ):	

Cantidad de **DÍAS** de la semana solicitados  1  2  3  4  5  6

Cantidad de **HORAS** por días  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

*Sólo se evaluarán solicitudes de más de 12 hs. diarias y/o 6 días semanales en los siguientes casos: dependencia moderada a severa; demencia moderada o severa; enfermedad oncológica activa; cuidados paliativos no oncológicos; alto riesgo social. Cantidad de horas solicitadas ..... Cantidad de días a la semana solicitados ..... en estos casos.*

### B. Describa brevemente el motivo de cuidador domiciliario:

### C. Estado de salud del beneficiario de la prestación

	SI	NO	
¿El actual estado de salud le impide salir a la calle?			Permanente <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/>
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?			
¿Posee Certificado Único o de Discapacidad? (CUD)			
¿Posee enfermedad oncológica activa?			¿Cuál?
¿Se encuentra bajo cuidados paliativos?			
¿Posee metástasis?			
¿Padece demencia?			Estadio: leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> Mini Mental: ( <i>no obligatorio</i> ) ...../30
¿Tiene problemas conductuales?			
¿Tiene enfermedad de Parkinson?			
¿Está postrado/a?			Permanente <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/>
¿Posee trastornos de la marcha?			Permanente <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/>
¿Cuántas caídas ha tenido en el último año?			
¿presenta parálisis o paresia, congénita o adquirida?			ACV <input type="checkbox"/> Fecha: ..... Accidente <input type="checkbox"/> Fecha: ..... Secuela quirúrgica <input type="checkbox"/> Fecha: .....
¿Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales a pesar de sus anteojos?			Ceguera <input type="checkbox"/> Maculopatía <input type="checkbox"/> Visión bulto <input type="checkbox"/> Visión luz <input type="checkbox"/>

¿Tiene dificultada para seguir una conversación porque oye mal?		Sordera <input type="checkbox"/> Usa lengua de señas <input type="checkbox"/>
¿Ha estado internado/a en los últimos 6 meses?		Motivo: ..... fecha: .....
¿Ha recibido cirugías en los últimos 6 meses?		Tipo de cirugía: ..... fecha: .....

**B. Escala de Barthel** (marque con un círculo la opción que corresponda)

**Comer:**

- (10) Independiente: capaz de comer por sí sólo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida Por otra persona.
- (5) Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, extender la manteca, etc. Pero es capaz de comer sólo.
- (0) Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona.

**Lavarse:** (bañarse)

- (5) Independiente: capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede hacer todo sin nadie presente.
- (0) Dependiente: necesita alguna ayuda o supervisión.

**Vestirse:**

- (10) Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda: realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

**Arreglarse:**

- (5) Independiente: realiza todas las actividades personales sin ayuda. Los complementos necesarios pueden ser Provisto por otra persona.
- (0) Dependiente: necesita alguna ayuda.

**Deposición:**

- (10) Contiene: ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

**Micción:**

- (10) Contiene: ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la Manipulación de sondas y otros dispositivos.

**Usar el baño:**

- (15) Independiente: entra y sale sólo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda: capaz de valerse con pequeña ayuda, de usar el baño. Puede limpiarse sólo.
- (0) Dependiente: incapaz de valerse sin ayuda mayor.

**Traslado al sillón/cama:**

- (15) Independiente: no precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda: precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente: necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

**Deambulaci3n:**

- (15) Independiente: no precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda: incluye supervisi3n verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda: precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente: necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

**Subir/bajar escaleras:**

- (10) Independiente: capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisi3n de otra persona.
- (5) Necesita ayuda: requiere ayuda o supervisi3n.
- (0) Dependiente: incapaz de salvar escalones.

Valor de Barthel \_\_\_\_\_/100

# Formulario 2

## Información del afiliado

A ser completada y firmada por un afiliado o responsable.

### INFORMACIÓN GENERAL:

#### ¿Dónde se inicia el trámite?

En la delegación de IProSS correspondiente al domicilio del afiliado. De allí será elevado a Sede Central, Dirección de Programas Específicos, al Área Adultos Mayores si el afiliado tiene 60 años o más, o al Departamento Servicio Social.

### A. Datos del afiliado que solicita la prestación

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_ Nº de afiliado: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Domicilio de la prestación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Apellido y nombre de un referente: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de contacto: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: ( ) \_\_\_\_\_

### B. Tipo de solicitud (marque con una X donde corresponda)

Primera solicitud  Renovación  Cambio de prestador  Ampliación horaria

### C. ¿El afiliado tiene actualmente alguna de las siguientes prestaciones aprobadas por IProSS?

Acompañante Terapéutico:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Aprobado hasta: / / Cantidad de horas por día: horas
Hogar / Centro de día:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Aprobado hasta: / / Cantidad de horas por día: horas
Enfermería domiciliar:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Aprobado hasta: / / Cantidad de horas por día: horas

### D. Información del afiliado, su Red familiar y vínculos (marque con una X donde corresponda)

Ha enviudado en los últimos 6 meses  No posee familiares cercanos  Vive sólo/a  
 Vive con su esposo/a de más de 80 años  Vive con familiares con limitaciones físicas o mentales

Por favor complete los datos de las personas más cercanas al afiliado, sean o no familiares y sean convivientes o no.

	Nombre y apellido	Vínculo o parentesco	Edad	Ocupación	¿Convive? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudad de residencia
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Firma y aclaración del afiliado que recibirá la prestación  
(no obligatorio)

Vínculo a parentesco: \_\_\_\_\_

Firma y aclaración de un familiar o responsable  
fecha: \_\_\_\_\_

# Formulario 3

## Indicación del Cuidador Domiciliario

A ser completada por el Cuidador Domiciliario y firmada por éste y el afiliado o familiar.  
Se presentará un formulario 3 por cada Cuidador propuesto.

*La presente constituye una Declaración Jurada y DEBERÁ ESTAR FIRMADA AL DORSO*

Apellido y nombre del afiliado: \_\_\_\_\_  
Nº de afiliado: \_\_\_\_\_

Información sobre la prestación, planilla y normas de facturación  
[www.ipross.rionegro.gov.ar](http://www.ipross.rionegro.gov.ar)

### A. Información del Cuidador Domiciliario

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto: (    ) \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
E-mail de contacto *(no obligatorio)* \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_  
Domicilio real: \_\_\_\_\_

### B. PAD (Plan de Asistencia Diaria)

*Para ser completado por el Cuidador Domiciliario. Por favor describa brevemente la propuesta de trabajo a realizar.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Horario propuesto a cumplir:

Lunes a Viernes de ..... a ..... hs.  
Sábados de ..... a ..... hs.  
Domingos de ..... a ..... hs.

# Formulario 4

## Delegación

Documentación a presentar para solicitud o renovación de Cuidador Domiciliario.  
A ser completada en la Delegación de IPROSS.

Apellido y nombre del afiliado: \_\_\_\_\_  
Nº de afiliado: \_\_\_\_\_ N° de trámite: \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

#### Documentación que debe estar en el trámite

Fotocopia de DNI del titular y del familiar para el cual se solicita el servicio. En caso de corresponder se adjuntará la documentación que pruebe el vínculo ( <i>curatela, poder</i> )
Fotocopia de Credencial de IProSS del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.
Fotocopia de último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliado voluntario.
Fotocopia de último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliado voluntario.
En caso de poseer Certificado Único o de Discapacidad, copia del mismo.
Planilla 1. Indicación de Cuidador Domiciliario.
Planilla 2. Información del afiliado .
Planilla 3. Información del Cuidador Domiciliario. <b>Una por cada uno</b> de los Cuidadores propuestos.
Fotocopia de DNI. <b>Una por cada uno</b> de los Cuidadores propuestos.
Fotocopia de título de formación. <b>Una por cada uno</b> de los Cuidadores propuestos.
Constancia de inscripción de AFIP. <b>Una por cada uno</b> de los Cuidadores propuestos. Puede descargarla de <a href="http://www.afip.gov.ar/accesosmasutilizados/constanciadeinscripcion">www.afip.gov.ar/accesosmasutilizados/constanciadeinscripcion</a> .

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto.

### Informe Técnico y evolución a cargo del auditor regional:

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del auditor regional

\_\_\_\_\_  
fecha:

# Formulario 5

## Auditoría Central

Cuidadores Domiciliarios Autorizados.  
A ser completada y firmada por el familiar.

Apellido y nombre del afiliado: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Género: F  M  Teléfono de contacto: ( ) \_\_\_\_\_  
 N° de afiliado: \_\_\_\_\_ N° de trámite: \_\_\_\_\_

**Tipo de trámite** (marque con una X donde corresponda)

Primera solicitud  Renovación  Cambio de prestador  Ampliación horaria

Nombre:		Apellido:		CUIT:		
Teléfono de contacto: ( )						
Fecha de inicio de cobertura:			Duración de la cobertura: meses:			
Horas por días	..... Horas	Días semana		Horas por mes	..... Horas	
Monto mensual	\$		Monto mensual	\$		
Horario declarado a brindar la prestación			Desde	hs.	Hasta	hs.
			Desde	hs.	Hasta	hs.
<b>Observaciones del Auditor:</b>						

Nombre:		Apellido:		CUIT:		
Teléfono de contacto: ( )						
Fecha de inicio de cobertura:			Duración de la cobertura: meses:			
Horas por días	..... Horas	Días semana		Horas por mes	..... Horas	
Monto mensual	\$		Monto mensual	\$		
Horario declarado a brindar la prestación			Desde	hs.	Hasta	hs.
			Desde	hs.	Hasta	hs.
<b>Observaciones del Auditor:</b>						

Monto total de la prestación: \_\_\_\_\_ fecha de auditoría: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma y sello del auditor

