

PLANILLA 1. INDICACION DE CUIDADOR DOMICILIARIO

A ser completada y firmada por un Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Trabajador Social o Médico.

La presente constituye una Declaración Jurada

APELLIDO y Nombre del beneficiario:
Nº de beneficio:

Datos del profesional solicitante:

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

Cantidad de DIAS de la semana Solicitados

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Cantidad de HORAS por día

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 a severa; enfermedad oncológica activa; cuidados paliativos no oncológicos; postración, alto riesgo social. Cantidad de horas solicitadas..... Cantidad de días a la semana solicitados..... en estos casos.

A. DESCRIBA BREVEMENTE EL MOTIVO DE SOLICITUD DE CUIDADOR DOMICILIARIO

B. ESTADO DE SALUD DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

	SI	NO	
¿El actual estado de salud le impide salir a la calle?			Permanente Transitorio
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?			
¿Posee Certificado Único de Discapacidad? (CUD)			
¿Posee enfermedad oncológica activa?			¿Cuál?
¿Se encuentra bajo cuidados paliativos?			
¿Posee metástasis?			
¿Padece demencia?			<u>Estadio:</u> leve moderado severo <u>Mini Mental:</u> (no obligatorio) / 30
¿Tiene problemas conductuales?			
¿Tiene Enfermedad de Parkinson?			
¿Está postrado/a?			<u>Permanentemente</u> <u>Transitoriamente</u>
¿Posee trastornos de la marcha?			<u>Permanentemente</u> <u>Transitoriamente</u>
¿Cuántas caídas ha tenido en el último año?			
¿Presenta parálisis o paresia, congénita o adquirida?			ACV Fecha: Accidente Fecha: Secuela quirúrgica Fecha:
¿Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales a pesar de sus anteojos?			Ceguera Maculopatía Visión bulto: Visión luz:
¿Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal?			Sordera: Usa Lengua de Señas:
¿Ha estado internado/a en los últimos 6 meses?			Motivo: Fecha:
¿Ha recibido cirugías en los últimos 60 días?			Tipo de cirugía: Fecha:

C.ESCALA DE BARTHEL. (MARQUE CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

COMER:

(10) Independiente: Capaz de comer por sí solo 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 solo.

(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 solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

(0) Dependiente.

ARREGLARSE:

(5) Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

(0) Dependiente: Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

(10) Continente: Ningún episodio de incontinencia.

(5) Accidente ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

(0) Incontinente.

MICCIÓN: (Valorar la semana previa)

(10) Continente: Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.

(5) Accidente ocasional: Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.

(0) Incontinente.

USAR EL

BAÑO:

(10) Independiente: Entra y sale solo 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 solo.

(0) Dependiente: Incapaz de valerse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/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.

DEAMBULACION:

(15) Independiente: Puede andar 50 m. o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otros, usar ayudas Instrumentales, bastón, muleta, salvo andador. Si usa prótesis, debe ser capaz de ponérsela y sacársela solo.

(10) Necesita ayuda: Supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Requiere usar andador.

(5) Independiente: (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.

(0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

(10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Requiere ayuda o supervisión.

(0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Valor de Barthel: _____ /100

Firma y matrícula/sello del profesional:

Fecha:

PLANILLA 2. INFORMACION DEL BENEFICIARIO

A ser completada y firmada por el **beneficiario, familiar o responsable**. La presente constituye una
Declaración Jurada

INFORMACION GENERAL

- **¿A quiénes está destinada esta prestación?** Está destinada a beneficiarios dependientes de terceros, tanto Adultos Mayores como beneficiario de 18 de edad que requieran transitoria o permanentemente de un Cuidador Domiciliario que brinde asistencia y/o supervisión para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria (comer, asearse, arreglarse, desplazarse, etc.) y de inserción social de manera complementaria a su red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia). El objetivo es que el afiliado permanezca en su hogar evite la institucionalización el mayor tiempo posible, continúe inserto en su comunidad y conserve sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.
- **¿Dónde se inicia el trámite?** En la Delegación de INCLUIR SALUD correspondiente al domicilio de beneficiario. De allí será elevado a Sede Central, donde se evaluara el requerimiento de la prestación solicitada.
- **¿Dónde podría consultar por el estado del trámite?** En la misma Delegación donde se inició.

A. DATOS DEL BENEFICIARIO QUE SOLICITA LA PRESTACIÓN

Apellido: _____ Nombre: _____
 DNI: _____ Nº Beneficio: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
 Domicilio de la prestación: _____
 Localidad: _____
 Apellido y nombre de un referente: _____ Vínculo: _____
 Teléfono de contacto: ()

B. TIPO DE SOLICITUD (MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA)

Primera solicitud Renovación Cambio de prestador Ampliación horaria

C. ¿EL BENEFICIARIO TIENE ACTUALMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PRESTACIONES APROBADAS POR INCLUIR SALUD?

Acompañante Terapéutico: SI NO	Aprobado hasta: ____/____/____ Cantidad de horas por día: ____
Hogar /Centro de Día: SI NO	Aprobado hasta: ____/____/____ Cantidad de horas por día: ____
Enfermería domiciliaria: SI NO	Aprobado hasta: ____/____/____ Cantidad de horas por día: ____

D. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO, SU RED FAMILIAR Y VÍNCULOS (MARQUE CON UNA X)

Ha enviudado en los últimos 6 meses No posee familiares cercanos Vive solo/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 beneficiario, sean o no familiares.

	Nombre y apellido	Vinculo o parentesco	Edad	Ocupación	¿Convive?	Ciudad de residencia
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

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

Firma y aclaración de un familiar o responsable

Vínculo o Parentesco: _____ Fecha: _____

PLANILLA 3. INFORMACION DEL CUIDADOR DOMICILIARIO

A ser completada por el Cuidador Domiciliario y firmada por éste y el beneficiario o la familiar. Se presentará una Planilla 3 por cada Cuidador propuesto.

La presente constituye una Declaración Jurada y DEBERA ESTAR FIRMADA AL DORSO

Apellido y nombre del beneficiario:.....
 Nº de beneficiario:

Información sobre la prestación, planillas y normas de facturación

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR DOMICILIARIO

APELLIDO:	NOMBRE:
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO:
TELEFONO DE CONTACTO (obligatorio):	() -
E-MAIL DE CONTACTO (no obligatorio):	
DOMICILIO REAL:	LOCALIDAD:
CUIT:	

A. PAD (PLAN DE ASISTENCIA DIARIA) *Para ser completado por el Cuidador Domiciliario. Por favor describa brevemente la propuesta de trabajo a realizar.*

Lunes a viernes de _____ a _____ hs Sábados de _____ a _____ hs Domingos de _____ a _____ hs
--