

1. SOLICITUD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL

A completar por el médico del afiliado, prescriptor de la prestación

Lugar y fecha:	
Nombre y apellido:	
DNI:	N°Afiliado:
Domicilio:	
Localidad:	
Teléfono 1:	
Teléfono 2 (familiar responsable):	
Correo electrónico	
Correo electrónico (del familiar responsable):	
Médico de cabecera:	Matrícula:
Diagnóstico que motiva la solicitud de cobertura:	

INFORME MÉDICO (agregar resumen de historia clínica del paciente en letra clara y legible)

MÉDICO (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 1 visita mes	<input type="checkbox"/> 2 visitas mes	<input type="checkbox"/> 2-4 visitas mes	<input type="checkbox"/> 2-6 visitas sem
Justificación (breve, clara y legible):			

ENFERMERÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 1 visita día	<input type="checkbox"/> 2 visitas por día	<input type="checkbox"/> 3-4 visitas por día	<input type="checkbox"/> 12 hs	<input type="checkbox"/> 24 hs
Justificación (breve, clara y legible):				

CUIDADOR DOMICILIARIO (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 4 horas por día	<input type="checkbox"/> 6 horas por día	<input type="checkbox"/> 8 horas por día	<input type="checkbox"/> 12 horas por día
<input type="checkbox"/> 24 horas			
Justificación (breve, clara y legible):			

KINESIOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Motora	Respiratoria
3s/semana	3s/semana
Hasta 5 sesiones semanales	Hasta 5 sesiones semanales
	Hasta 6 sesiones semanales
	Hasta 8 sesiones semanales
	Hasta 12 sesiones semanales
Justificación (breve, clara y legible):	

ESTIMULACIÓN TEMPRANA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 2 sesiones por semana
Justificación (breve, clara y legible):

EQUIPAMIENTO (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> Cama ortopédica <input type="checkbox"/> Colchón-antiescara <input type="checkbox"/> Silla de ruedas
<input type="checkbox"/> E. ortopédico adicional (andador, muletas, bastón, etc*)
Justificación (breve, clara y legible):

TERAPIA OCUPACIONAL (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 3 sesiones semanales <input type="checkbox"/> 5 sesiones semanales
Justificación (breve, clara y legible):

PSICOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 1 sesión por semana
Justificación (breve, clara y legible):

FONOAUDIOLÓGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 1-2 sesión por semana
Justificación (breve, clara y legible):

SOPORTE NUTRICIONAL (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> Adulto	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> ConBomba	<input type="checkbox"/> SinBomba

ASISTENCIA RESPIRATORIA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> A) Oxigenoterapia/concentradores, etc.*
<input type="checkbox"/> B) Bpap/cpap, etc*
<input type="checkbox"/> C) Respirador*
Justificación (breve, clara y legible):

ESCARECTOMÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> Requiere
Justificación (breve, clara y legible):

TRAQUEOSTOMÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> Requiere
Justificación (breve, clara y legible):

*Descripción específica en anexo VII

Firma y sello del médico de cabecera