

2. EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL

A completar por el médico de la empresa que brindará la cobertura

| | |
|---|--------------|
| Lugar y fecha: | |
| Nombre y apellido: | |
| DNI: | N° Afiliado: |
| Domicilio | Localidad: |
| Médico de la empresa que realiza la evaluación: | |
| Matrícula: | |
| Diagnóstico que motiva la solicitud de cobertura: | |

RESUMEN DE LA EVALUACIÓN MÉDICA

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Según evaluación del cuadro clínico del afiliado, y habiendo tomado conocimiento de lo solicitado por el médico de cabecera del paciente, este Servicio de Atención Domiciliaria propone a IOMA la cobertura de Atención Domiciliaria Integral a través de los siguientes Módulos:

| | |
|-------------|--|
| MÓDULO: | SUBMÓDULO DE INSUMOS: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| SUBMÓDULOS: | |
| | |

Firma y sello del médico de la empresa