

AUDITORÍA EN TERRENO

Lugar y fecha _____ Nombre y apellido _____
 N° de afiliado _____ DNI _____
 Teléfono de contacto _____ e-mail _____
 Domicilio _____ Localidad _____
 Modelo autorizado y submódulos _____ Período* _____

ENCUESTA AL AFILIADO Y/O FAMILIAR

1. ¿Quién realizó el trámite de Internación Domiciliaria? _____
2. ¿Desde cuándo recibe esta prestación? _____
3. ¿Cuál es el nombre de la Empresa que le brinda la prestación? _____
4. ¿Cómo calificaría a la Empresa? _____
5. ¿Conoce al médico que indicó la prestación? _____
6. ¿Conoce las prestaciones que debe recibir autorizadas por IOMA? _____
7. ¿Abona en dinero algún tipo de arancel diferenciado? _____

COMPLETAR (especificar desde y hasta en caso de no coincidir con el período otorgado):

RECURSOS HUMANOS	FRECUENCIA	SUBMÓDULOS ESPECIALES	FRECUENCIA
MÉDICO/A		ESTIMULACIÓN TEMPRANA	
ENFERMERO/A		CONSULTA ESPECIALIZADA	
KINESIÓLOGO/A (MOTORA)		ESCARECTOMÍA	
KINESIÓLOGO/A (RESPIRATORIA)		CUIDADOR DOMICILIARIO	
FONOAUDIÓLOGO/A			
TERAPIA OCUPACIONAL			
PSICÓLOGO/A			
APARATOLOGÍA		INSUMOS	
SILLA DE RUEDAS	SI NO	A (básicos)	
CAMA ORTOPÉDICA	SI NO	B (mediana complejidad)	
COLCHÓN ANTIESCARAS	SI NO	C (alta complejidad)	
E. ADICIONAL ORTOPÉDICOS	SI NO		
SOPORTE NUTRICIONAL			
ADULTO s/b	ADULTO c/b	PEDIÁTRICO s/b	PEDIÁTRICO c/b
ASISTENCIA RESPIRATORIA			
A	B	C	
TRAQUEOSTOMIA			

SUGERENCIAS Y OBSERVACIONES DEL MÉDICO AUDITOR

Firma, aclaración y DNI del afiliado/familiar

Firma y sello del médico auditor