

### 3. AUDITORÍA MÉDICA REGIONAL (ALTA)

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

N de afiliado \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Perfil del paciente \_\_\_\_\_

Módulo y submódulos solicitados \_\_\_\_\_

SE SUGIERE POR UN PERÍODO:			
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	
TRAQUEOSTOMÍA			

BREVE JUSTIFICACIÓN DE LO SUGERIDO:

---



---



---



---

Firma y sello del Médico Auditor

Firma y sello del Director Regional