

2. PLANILLA DE EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL

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

Nombre y Apellido:
N° Afiliado:
Domicilio
Localidad
Médico de la empresa de atención domiciliaria 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 al IOMA la cobertura de Atención Domiciliaria Integral a través de los siguientes Módulos:

MÓDULO:
SUBMÓDULOS:

Firma y sello del médico de la empresa