



**MÉDICO** (seleccione según corresponda con una cruz)

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

**ENFERMERÍA** (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 1 visitas por día	<input type="checkbox"/> 1-2 visitas por día	<input type="checkbox"/> 2-3 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"/> 2-4 horas por día	<input type="checkbox"/> 4- 6 horas por día	<input type="checkbox"/> 6- 8 horas por día	<input type="checkbox"/> 12 horas por día
Justificación (breve, clara y legible):			

**KINESIOLOGÍA** (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 3 sesiones p/semana	<input type="checkbox"/> 6 a 12 sesiones semanales (motora y/o respiratoria)	<input type="checkbox"/> 12-20 sesiones semanales
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
Justificación (breve, clara y legible):		

**TERAPIA OCUPACIONAL** (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 3-5 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):

**FONOAUDILOGÍA** (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 3-5 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"/> Con Bomba	<input type="checkbox"/> Sin Bomba

**ASISTENCIA RESPIRATORIA** (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> A) Cuadro respiratorio mal manejo de secreciones (Nebulizador / aspirador)
<input type="checkbox"/> B) Oxígeno requiriente/dependiente
<input type="checkbox"/> C) Traqueostomizado
<input type="checkbox"/> D) Con Respirador (bpap)
Justificación (breve, clara y legible):