IOMA
INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

AUDITORÍA EN TERRENO / ENCUESTA

ENCUESTA AL AFILIADO Y / O FAMILIAR

1- ¿Quién realizó el trámite de Internación Domiciliaria y quién solicitó la prestación?

_____

2- ¿Desde cuándo recibe esta prestación?

_____

3- ¿Cuál es el nombre de la Empresa que la brinda?

_____

4- ¿Cómo calificaría a la Empresa que le brinda las prestaciones?

☐ Excelente ☐ Muy Buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

5- ¿Conoce usted al médico que le indicó la prestación? ☐ SÍ ☐ NO _____

6- ¿Conoce usted las prestaciones que debe recibir autorizadas por IOMA? ☐ SÍ ☐ NO _____

7-¿ Debe abonar en dinero, algún tipo de arancel diferenciado a la empresa? ☐ SÍ ☐ NO _____

8- Completar en números:

Recursos Humanos

Médico	☐	veces por semana	☐	vistas/mes
Enfermería	☐	visita/hs/día	☐	día/sem
Cuidador Domiciliario	☐	veces por semana	☐	hs/día
Kinesiología	☐	veces por semana	☐	

MARCAR CON UNA X

Aparatología

Insumos	☐ SI	☐ NO	**Nutrición**	☐ SI	☐ NO
Silla de ruedas	☐ SI	☐ NO	**Bomba de alimentación**	☐ SI	☐ NO
Colchón antiescaras	☐ SI	☐ NO			
Cama ortopédica	☐ SI	☐ NO			

Asistencia Respiratoria

Nebulizador	☐ SI	☐ NO	**Saturómetro**	☐ SI	☐ NO
Aspirador	☐ SI	☐ NO	**Tubo de oxígeno**	☐ SI	☐ NO
Oxímetro	☐ SI	☐ NO	**Mochila de oxígeno**	☐ SI	☐ NO
Concentrador de oxígeno	☐ SI	☐ NO	**Monitor de apneas**	☐ SI	☐ NO
Respirador	☐ SI	☐ NO			
Bi Pap	☐ SI	☐ NO			

_____ FIRMA DEL AUDITOR (Aclaración)

_____ FIRMA DEL FAMILIAR / TUTOR (Aclaración)

FECHA_____

IOMA
INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

AUDITORÍA EN TERRENO

INICIO

Nombre y apellido completo _____

Afiliado N° _____

Teléfono de contacto _____ Celular _____

Teléfono de familiar _____ Celular _____

Mail _____

Domicilio _____

Localidad _____

Convive con: _____

Resumen de Historia clínica:

_____ FIRMA DEL AUDITOR

_____ FECHA

IOMA
INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

MÓDULO SUGERIDO POR AUDITORÍA REGIONAL IOMA

Módulo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
☐ 7

Submódulos

☐ Fonoaudiología
☐ Terapia Ocupacional
☐ Psicología
☐ Equipamiento

Asistencia Respiratoria

☐ A ☐ B
☐ C ☐ D

Soporte Nutricional

☐ **A) Pediátrico** ☐ Sin bomba ☐ Con bomba

☐ **B) Adultos** ☐ Sin bomba ☐ Con bomba

FIRMA DEL FAMILIAR/PERSONA PRESENTE EN AUDITORÍA Y DNI

FIRMA DEL AUDITOR Fecha

IOMA
INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

AUDITORÍA EN TERRENO / Renovación

Nombre y apellido completo _____

Afiliado N° _____

Teléfono de contacto _____ Celular _____

Teléfono de familiar _____ Celular _____

Mail _____

Domicilio _____ Localidad _____

Módulo autorizado por IOMA (Marcar con una X)

Módulo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
☐ 7

Submódulos

☐ Fonoaudiología
☐ Terapia Ocupacional
☐ Psicología
☐ Equipamiento

Asistencia Respiratoria

☐ A ☐ B
☐ C ☐ D

Soporte Nutricional

☐ **A) Pediátrico** ☐ Sin bomba ☐ Con bomba

☐ **B) Adultos** ☐ Sin bomba ☐ Con bomba

Fecha de vencimiento de la autorización | | | |

_____
FIRMA DEL AUDITOR
ACLARACIÓN

_____
FIRMA DEL FAMILIAR /TUTOR ACLARACIÓN
DNI/LC

Fecha: _____

OBSERVACIONES:

FECHA

FIRMA Y SELLO MÉDICO AUDITOR