

Planilla 1. INDICACIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA

*A ser completada y firmada por el Médico prescriptor.
La presente constituye una Declaración Jurada.*

APELLIDO Y NOMBRE del afiliado: _____ **Edad:** _____
Nº de afiliado: _____ **Domicilio. Calle** _____ **Nº** _____
Localidad: _____ **Teléfono:** _____

A. Médico prescriptor

Sello: _____ **Especialidad:** _____
Firma: _____ **Matrícula:** _____
Teléfono de contacto laboral (_____) _____

B. Diagnóstico que motiva la prescripción

C. Informe médico

[illegible]

D. Prácticas de enfermería indicadas y frecuencia

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

E. Período de cobertura solicitado:

Desde _____ hasta _____