

DETALLE DE INTERNACIÓN

MODALIDAD INTERNACIÓN - MES/AÑO PRESTACIONAL _____/_____/_____		
TIPO	DESCRIPCIÓN	FECHA DE PRESTACIÓN
MÓDULO DE INTERNACIÓN DIARIO	Intensiva multidisciplinaria	
MÓDULO DE INTERNACIÓN DIARIO	Semi-Intensiva	
MÓDULO DE INTERNACIÓN DIARIO	Bajo requerimiento	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De escaras	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De oxigenoterapia	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De B-PAP	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De traqueostomía	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De alimentación enteral	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De vejiga neurogénica	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De aplicación de tratamiento antiespástico local	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De gastrostomía colocación y set	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De gastrostomía recambio	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De evaluación de pacientes con lesiones cerebrales	
SUBMÓDULO DE PRÁCTICAS	De insumos por patología asociada	
MÓDULO DE TRASLADO	Traslado en ambulancia	
MÓDULO PREALTA	De evaluación de pre alta	
FIRMA DE LA/EL AFILIADA/O		
DNI		
ACLARACIÓN		
PARENTESCO		