

## INSTRUCTIVO Y PROTOCOLO DE PLANILLA DE DENUNCIA DE ALTA HOSPITAL DE DÍA (Jornada Parcial y Completa)

### Instructivo

Ante la internación de un/a afiliado/a de IOMA, la Institución deberá remitir a través del sistema informático de IOMA, al Área de Salud Mental en Sede Central (Te: 0221-4295999), en un lapso no mayor de las 24 hs.\* de producida el Alta, el Protocolo de denuncia correspondiente, con todos los campos de información debidamente completados.

\*Cuando el alta se produzca en un día no hábil, el protocolo deberá ser remitido a través del sistema informático de IOMA el primer día hábil posterior a la misma.

### DENUNCIA DE ALTA

#### AFILIADO/A

Apellido y nombre \_\_\_\_\_

Nº de Afiliado/a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Apellido y nombre de familiar o allegado/a \_\_\_\_\_

Teléfono de familiar o allegado/a \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE ALTA

Derivación \_\_\_\_\_ Derivado/a \_\_\_\_\_

Causa de Derivación \_\_\_\_\_

Contra opinión Profesional \_\_\_\_\_

Otras (especificar) \_\_\_\_\_

Fecha de Alta \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

#### PRESTADOR/A

Nombre/ Razón Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma, sello y M.P de los profesionales del Equipo Tratante

\_\_\_\_\_  
Firma , MP

\_\_\_\_\_  
Firma , MP

\_\_\_\_\_  
Firma , MP

\_\_\_\_\_  
Firma , MP

\_\_\_\_\_  
Firma , MP

\_\_\_\_\_  
Firma , MP