

PLANILLA DE INFORME SOCIAL

La presente planilla deberá ser confeccionada por el trabajador/a social. Consignar los datos requeridos con letra clara. La falta de cualquier ítem podrá ser motivo de rechazo.

DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

Apellido y Nombres: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ DNI: _____ N° de Afiliación: _____

Estado civil: _____ Teléfono: _____

GRUPO FAMILIAR

Apellido y nombre	Edad	Estado civil	Parentesco	Ocupación	Conviviente
					SI - NO
					SI - NO
					SI - NO
					SI - NO
					SI - NO
					SI - NO

RECURSOS

Vivienda: Dominio _____ Ubicación _____

Comodidades: _____

Ingresos: _____

ASPECTOS SALUD - ENFERMEDAD

Resumen de Historia Clínica: _____

Motivo de la solicitud de internación: _____

Otras prestaciones solicitadas y/o autorizadas: (marcar con x según corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acompañante Terapéutica/o | <input type="checkbox"/> Cuidador/a Domiciliario/a |
| <input type="checkbox"/> Centro de Día | <input type="checkbox"/> Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación | |
| <input type="checkbox"/> Otras _____ | |

Necesidades de cuidado/dependencia: _____

Apreciación Profesional:
