2. PLANILLA DE EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL

A completar por el/la médico/a de la empresa que brindará la cobertura

Nombre y Apellido:
N° Afiliado/a:
Domicilio
Localidad
Médico/a de la empresa de atención domiciliaria que realiza la evaluación
Matrícula
Diagnóstico que motiva la solicitud de cobertura

RESUMEN DE LA EVALUACIÓN MÉDICA

Según evaluación del cuadro clínico del/la afiliado/a, y habiendo tomado conocimiento de lo solicitado por el/la Médico/a de cabecera del/la paciente, este Servicio de Atención Domiciliaria propone a IOMA la cobertura de Atención Domiciliaria Integral a través de los siguientes Módulos:

MÓDULO:
SUBMÓDULOS:

Firma y sello del/la médico/a de la empresa