

1. PLANILLA DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL

A completar por la/el médica/o del/la afiliado/a, prescriptor de la prestación

Nombre y Apellido:
N°Afiliado/a:
Domicilio:
Localidad:
Teléfono 1:
Teléfono 2 (familiar responsable):
Correo Electrónico
Correo electrónico (del familiar responsable):
Médico/a de cabecera:
Matrícula
Diagnóstico que motiva la solicitud de cobertura:

INFORME MÉDICO (Agregar resumen historia clínica del/la paciente en letra clara y legible)

[illegible]

MÉDICO/A (seleccione según corresponda con una cruz)

☐ 1-2 visita mes	☐ 2-4 visitas por mes	☐ 4 visitas por mes	☐ a demanda
Justificación (breve, clara y legible):			

ENFERMERÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

☐ 1 visitas por día	☐ 1-2 visitas por día	☐ 2-3 visitas por día	☐ 12 hs	☐ 24 hs
Justificación (breve, clara y legible):				

CUIDADOR/A DOMICILIARIO/A (seleccione según corresponda con una cruz)

☐ 2-4 horas por día	☐ 4- 6 horas por día	☐ 6- 8 horas por día	☐ 12 horas por día
Justificación (breve, clara y legible):			

KINESIOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

☐ 3 sesiones p/semana	☐ 6 a 12 sesiones semanales (motora y/o respiratoria)	☐ 12-20 sesiones semanales
Justificación (breve, clara y legible):		

EQUIPAMIENTO (seleccione según corresponda con una cruz)

☐ Cama ortopédica	☐ Colchón-antiescara	☐ Silla de ruedas
Justificación (breve, clara y legible):		

TERAPIA OCUPACIONAL (seleccione según corresponda con una cruz)

☐ 3-5 sesiones semanales
Justificación (breve, clara y legible):

PSICOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

☐ 1 sesión por semana
Justificación (breve, clara y legible):

FONOAUDIOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

☐ 3-5 sesión por semana
Justificación (breve, clara y legible):

SOPORTE NUTRICIONAL (seleccione según corresponda con una cruz)

☐ Adulto	☐ Pediátrico
☐ Con Bomba	☐ Sin Bomba

ASISTENCIA RESPIRATORIA (seleccione según corresponda con una cruz)

☐ A) Cuadro respiratorio mal manejo de secreciones (Nebulizador / aspirador)
☐ B) Oxígeno requiriente/dependiente
☐ C) Traqueostomizado
☐ D) Con Respirador (bpap)
Justificación (breve, clara y legible):