

SOLICITUD DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA**Datos de contacto**

Nombre y apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____
Número de Afiliada/o: _____ Género: _____ DNI: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Teléfono: _____
Familiar a cargo: _____
Teléfono del familiar: _____

Estado general del paciente

Estado conciencia: _____
Respiración: _____
Movilidad: _____
Lesiones: _____
Alimentación: _____
Esfínteres: _____

Antecedentes médicos

Diagnóstico o motivación de ingreso: _____

¿Tiene internación previa?: _____
Hospital o Clínica: _____
Fecha de alta: _____
Antecedentes de la enfermedad actual: _____

Medicación habitual: _____

Firma y sello del Médico/a Prescriptor/a