

PLAN DE TRATAMIENTO PARA INTERNACIÓN DOMICILIARIA**DATOS DEL AFILIADA/O**

NOMBRE Y APELLIDO: _____

AFILIADA/O N°: _____ DNI: _____ FECHA: _____

EVALUACIÓN

Seguimiento Médico Clínico: **Frecuencia** ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Semanal
☐ Otros _____

TRATAMIENTO

Sesión de enfermería: Veces X semana ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
Veces por día: _____ (1 a 3 veces x día)

Kinesiología motora: Veces X semana ☐ 2 ☐ 3

Kinesiología Respiratoria: Veces X semana ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 7

Fonaudiología: Veces X semana ☐ 1 ☐ 2

Terapia ocupacional: Veces X semana ☐ 1 ☐ 2

CUIDADO

Enfermería por hora: ☐ 3-5 por semana ☐ Diarias 2 por día ☐ 3 por día ☐ Guardia hs

Cuidador: ☐ 4 horas diarias ☐ 6 horas diarias ☐ Hasta 9 horas diarias

EQUIPAMIENTO

Oxígeno: ☐ Nebulización/aspiración ☐ Tubo de oxígeno

Soporte nutricional: ☐ Adulto ☐ Pediátrico ☐ Enteral ☐ Parenteral

Equipamiento: ☐ Cama ortopédica ☐ Colchón antiescara ☐ Silla de ruedas ☐ Elevador de inodoro

Insumos: ☐ Higiene y Confort ☐ Curaciones ☐ TQT

☐ Otros _____

Justificar el tratamiento e indicar su duración

Firma y sello del Médico/a Prescriptor/a