

Para acceder al beneficio, deberá completar los datos que se detallan y adjuntar una copia de la Epicrisis o Historia Clínica actualizada.

DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

APELLIDO _____ NOMBRE _____

Nº AFILIADO/A: _____ DNI _____ TELÉFONO (_____) _____

CELULAR (_____) _____ MAIL _____ EDAD _____

DOMICILIO: CALLE _____ Nº _____

BARRIO _____ LOCALIDAD _____

DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL _____

REQUERIMIENTOS PARA LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA

CONTROL MÉDICO: _____ FRECUENCIA SEMANAL: _____

ENFERMERÍA: _____ FUNCIÓN: _____

FRECUENCIA SEMANAL: _____

KINESIOLOGÍA: _____ FRECUENCIA SEMANAL: _____

OTROS (Ortesis, Alimentación enteral, etc.) _____

SITUACIÓN SOCIO-AMBIENTAL

FAMILIAR A CARGO: _____

DOMICILIO (Condiciones edilicias, escaleras, ascensor, planta baja): _____

MEDICACIÓN E INSUMOS (Detallar la cantidad estimada)

_____	ORAL / EV / SC
_____	ORAL / EV / SC
_____	ORAL / EV / SC
_____	ORAL / EV / SC
_____	ORAL / EV / SC
_____	ORAL / EV / SC
_____	ORAL / EV / SC
_____	ORAL / EV / SC

FECHA ____/____/_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO/A TRATANTE