Planilla de Solicitud Servicios de Atención Domiciliaria Integral



## Datos del afiliado:

N° de afiliado:				
Domicilio: Tel:		Localidad:		C.P:
Médico de cabecera:				
Datos del fami	iliar y	/o resp	onsable	•
Apellido y Nombre:				
Tel:	Celula	r:		
Informe Médic	O:			
Diagnóstico:				
Grado de dependencia: (Índice Barthel)	Mode Leve	(0-20) e (21-60) erado (61-90) (91-99) pendiente (100)		
Historia Clínica:				

## Requerimientos: (adjuntar prescripciones médicas)

Visitas programadas de Médico: (cantidad por semana/mes; justificar)
Visitas programadas de Enfermería: (cantidad por día/semana/mes; justificar)
Kinesioterapia: (cantidad de sesiones por día/semana/mes). Adjuntar plan de tratamiento.
Fonoaudiología: (cantidad de sesiones por semana/mes). Adjuntar plan de tratamiento.

## Medicación: (adjuntar receta)

DROGA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA			
Soporte Nutricional: (adjuntar planilla)					
<ul><li>SONDA NASOGÁSTRICA</li><li>GASTROSTOMÍA</li></ul>	<ul><li>○ CON BOMBA</li><li>○ SIN BOMBA</li></ul>				

## Insumos:

PRODUCTO	CANTIDAD DIARIA		
Lugar y Fecha	Firma y Sello Profesional		