

# Planilla de Solicitud Servicios de Atención Domiciliaria Integral

---

## Datos del afiliado:

N° de afiliado: .....

Apellido y Nombre: .....

Documento: .....

Domicilio: ..... Localidad: ..... C.P: .....

Tel: ..... Mail: .....

Médico de cabecera: ..... Matícula: .....

Contacto del médico: .....

## Datos del familiar y/o responsable:

Apellido y Nombre: .....

Documento: .....

Tel: ..... Celular: .....

Mail: .....

## Informe Médico:

Diagnóstico: .....

.....

.....

.....

**Grado de dependencia:**

(Índice Barthel)

- Total (0-20)
- Grave (21-60)
- Moderado (61-90)
- Leve (91-99)
- Independiente (100)

**Historia Clínica:** .....

.....

.....

.....

