

Nº de trámite

SOLICITUD DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA ANEXO 4

PLANILLA ANEXA DE REQUERIMIENTO DE SERVICIOS E INSUMOS DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA (*)

(*) deberá llenarse por el profesional responsable de la prescripción médica de internación domiciliaria.

1

APELLIDO Y NOMBRE	
# DE BENEFICIARIO	
DOMICILIO/LOCALIDAD	
MEDICO DE CABECERA	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
2° DIAGNÓSTICO	
3° DIAGNÓSTICO	

2

INFORME MÉDICO (deberá indicar el tiempo estimado de duración del tratamiento integral de (ID):

3

MÉDICO (CLINICO, PEDIATRA Y/O ESPECIALISTA).
DESCRIPCIÓN DE TAREAS A DESARROLLAR Y FRECUENCIA DIARIA/SEMANAL/MENSUAL DE CONSULTAS

4

ENFERMERÍA / CUIDADOR DOMICILIARIO
DESCRIPCIÓN DE TAREAS A DESARROLLAR Y CANTIDAD DE HORAS/DÍA DE ATENCIÓN

5

KINESIOLOGÍA
DESCRIPCIÓN DE TAREAS A DESARROLLAR Y CANTIDAD Y FRECUENCIA DE SESIONES DIARIAS/SEMANALES/MENSUAL

6

FONOAUDIOLOGÍA
DESCRIPCIÓN DE TAREAS A DESARROLLAR Y CANTIDAD Y FRECUENCIA DE SESIONES DIARIAS/SEMANALES/MENSUAL

7

TERAPIA OCUPACIONAL
DESCRIPCIÓN DE TAREAS A DESARROLLAR Y CANTIDAD Y FRECUENCIA DE SESIONES DIARIAS/SEMANALES/MENSUAL

8

PSICOTERAPIA
DESCRIPCIÓN DE TAREAS A DESARROLLAR Y CANTIDAD Y FRECUENCIA DE SESIONES DIARIAS/SEMANALES/MENSUAL

9

REQUERIMIENTO DE INSUMOS
DESCRIPCIÓN Y CANTIDAD

10

REQUERIMIENTO DE APARATOLOGÍA	
DESCRIPCIÓN, CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS, TIEMPO ESTIMADO DE USO	

11

SOLICITUD DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA APOYO NUTRICIONAL		
Peso:..... Talla:..... I.M.C:..... Peso habitual:..... Pérdida de peso en los últimos 3 meses:..... % de Pérdida de Peso:.....		
Diagnóstico Nutricional:.....		
SUPLEMENTO NUTRICIONAL Medicamento genérico / Forma farmacéutica	ml/día Gr/día	CALORÍAS

12

SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA	
Grado de Disnea:..... Rx Torax F y P:..... Espirometría:..... Test de ejercicio (6' con Sp O2 c/ 2'):..... Consumo mensual de O2:.....	
Indicación del tratamiento:.....	
Cilindro	
Concentrador	
Mochila	
Cpap	
Bpap sin frecuencia	
Bpap con frecuencia	
Aspirador nebulizador a motor	
Calentador	
Concentrador de 8lts.	

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE