PROGRAMA FEDERAL
INCLUIR SALUD
UGP Buenos Aires

Planilla 1. **INDICACIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA**

*A ser completada y firmada por el **Médico prescriptor.***
La presente constituye una Declaración Jurada.

APELLIDO Y NOMBRE del beneficiario:_____Edad:____

Nº de beneficiario:_____Domicilio. Calle_____Nº_____

Localidad:_____Teléfono:_____

A. Médico prescriptor

Sello:_____Especialidad:_____

Firma:_____Matrícula:_____

Teléfono de contacto laboral (_____) _____

B. Diagnóstico que motiva la prescripción

_____

_____

_____

_____

_____

C. Informe médico

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

D. Prácticas de enfermería indicadas y frecuencia

E. Período de cobertura solicitado:

Desde_____**hasta** _____