

Planilla 2. SOLICITUD DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA

A ser completada y firmada por el **Enfermero y el beneficiario, familiar o responsable.**
La presente constituye una Declaración Jurada.

Quien suscribe: _____

Declaro ser: Auxiliar de enfermería
 Enfermero profesional

Con matrícula N° _____

En pleno conocimiento de la normativa de INCLUIR SALUD que regula la prestación de Enfermería Domiciliaria, y habiendo analizado las indicaciones del medio tratante

del sr/a: _____ Beneficiario N° _____

presento a continuación el **Plan de Asistencia Diaria** (PAD) con el detalle de las prácticas de enfermería a realizar en su domicilio

Las mismas se llevarán a cabo los días

En el horario estimado: _____

En el domicilio de la calle _____ N° _____ Ciudad de _____

Desde la fecha ___/___/___

| |
|-----|
| DNI |
| TEL |

Firma y sello del enfermero

El abajo firmante, **beneficiario de INCLUIR SALUD** / familiar o responsable, toma conocimiento de la propuesta de tareas domiciliarias a desarrollar por el enfermero y acepta los términos establecidos en la misma.

Firma del beneficiario (no obligatorio)

Firma y vínculo del familiar o responsable