



INTERNACIÓN DOMICILIARIA

SR. PRESTADOR: Se informa que para solicitar internación domiciliaria, el paciente debe encontrarse hemodinámicamente estable.

A completar por el Médico Prescriptor

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRES: EDAD: TEL.:
CUIL: -- NÚMERO DE AFILIADO: -/
DOMICILIO REAL:

DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE

APELLIDO Y NOMBRES: TEL.:

DATOS MÉDICOS TRATANTE

APELLIDO Y NOMBRES: MATRICULA:
COVID-19: POSITIVO: NEGATIVO: FECHA: / /

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Evolución, enfermedad actual y complicaciones

TRATAMIENTOS REALIZADOS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Indicar enfermedades crónicas y tratamientos

PRESENTACIÓN SOLICITADA

ATENCIÓN MÉDICA: SI: NO: FRECUENCIA:
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: SI: NO: FRECUENCIA:
ALIMENTACIÓN: SI: NO: TIPOS:
OXÍGENO: SI: NO: EQUIPO/S:
KINESIOTERAPIA: SI: NO: FRECUENCIA:
OTROS:

PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

FIRMA MÉDICO PRESCRIPTOR

SELLO Y FIRMA

F. DE SOLICITUD: / /

TEL.:

<p>NIVEL DE INTERNACIÓN AUTORIZADA</p> <p>BAJA COMPLEJIDAD <input type="checkbox"/> DÍAS</p> <p>MEDIANA COMPLEJIDAD <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>ALTA COMPLEJIDAD <input type="checkbox"/></p>	<p>AUTORIZADO</p> <p>OXÍGENO <input type="checkbox"/></p> <p>CUIDADOR DOMICILIARIO <input type="checkbox"/></p> <p>FISIOTERAPIA A DOMICILIO <input type="checkbox"/></p> <p>OTROS <input type="checkbox"/></p>
<p>DESDE: __/__/__</p>	<p>HASTA: __/__/__</p>
<p>MÉDICO AUDITOR</p> <p>_____</p> <p>SELLO Y FIRMA</p>	<p>OBSERVACIONES</p>
<p>SERVICIO DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA</p> <p>_____</p> <p>SELLO Y FIRMA</p>	<p>OBSERVACIONES</p>
<p>INGRESO: __/__/__</p>	<p>ALTA: __/__/__</p>

A completar por Auditoría ISJ y Prestador

A completar por el Prestador