



FORMULARIO DE PEDIDO DE PRESTACIONES DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

FECHA:

NOMBRE Y APELLIDO:.....

DNI:

DOMICILIO DE LA INT. DOMICILIARIA:

FAMILIAR A CARGO:.....

TELÉFONO DE CONTACTO:

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:

CODIGO	DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA	CANTIDAD	
430302	Enfermería en domicilio		HORAS POR DÍA
430303	Enfermería Paliativos en domicilio		HORAS POR DÍA
430304	Enfermería mayor complejidad en domicilio		HORAS POR DÍA
430305	Cuidadora a domicilio - en internación		HORAS POR DÍA
420201	Consulta médica en domicilio - Clínico /Pediatra		VISITA POR SEMANA
420106	Consulta médico paliativo a domicilio		VISITA POR SEMANA
420303	Interconsulta especialista en internación		VISITA POR SEMANA
330105	Psicología paliativos a domicilio		SESIONES POR SEMANA
250106	Fisiokinesioterapia motora a domicilio por sesión		SESIONES POR SEMANA
250108	Fisiokinesioterapia respiratoria a domicilio por sesión		SESIONES POR SEMANA
250204	Fonoaudiología a domicilio		SESIONES POR SEMANA
330303	Estimulación temprana a domicilio		SESIONES POR SEMANA
250103	Terapia ocupacional a domicilio		SESIONES POR SEMANA

INFORME MÉDICO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



TIEMPO ESTIMADO DE INTERNACION DOMICILIARIA:

.....

.....

.....

	INSUMOS PARA INTERNACION DOMICILIARIA	CANT. POR DIA	CANT. POR MES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

	MEDICAMENTOS PARA INTERNACION DOMICILIARIA	DOSIS / DIA	ENV. / MES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

FIRMA Y SELLO MEDICO SOLICITANTE: