

MÉDICO (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 1-2 visita mes	<input type="checkbox"/> 2-4 visitas por mes	<input type="checkbox"/> 4 visitas por mes	<input type="checkbox"/> a demanda
Justificación (breve, clara y legible):			

ENFERMERÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 1 visitas por día	<input type="checkbox"/> 1-2 visitas por día	<input type="checkbox"/> 2-3 visitas por día	<input type="checkbox"/> 12 hs	<input type="checkbox"/> 24 hs
Justificación (breve, clara y legible):				

CUIDADOR DOMICILIARIO (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 2-4 horas por día	<input type="checkbox"/> 4- 6 horas por día	<input type="checkbox"/> 6- 8 horas por día	<input type="checkbox"/> 12 horas por día
Justificación (breve, clara y legible):			

KINESIOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 3 sesiones p/semana	<input type="checkbox"/> 6 a 12 sesiones semanales (motora y/o respiratoria)	<input type="checkbox"/> 12-20 sesiones semanales
Justificación (breve, clara y legible):		

EQUIPAMIENTO (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> Cama ortopédica	<input type="checkbox"/> Colchón-antiescara	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas
Justificación (breve, clara y legible):		

TERAPIA OCUPACIONAL (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 3-5 sesiones semanales
Justificación (breve, clara y legible):

PSICOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 1 sesión por semana
Justificación (breve, clara y legible):

FONOAUDIOLÓGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> 3-5 sesión por semana
Justificación (breve, clara y legible):

SOPORTE NUTRICIONAL (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> Adulto	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Con Bomba	<input type="checkbox"/> Sin Bomba

ASISTENCIA RESPIRATORIA (seleccione según corresponda con una cruz)

<input type="checkbox"/> A) Cuadro respiratorio mal manejo de secreciones (Nebulizador / aspirador)
<input type="checkbox"/> B) Oxígeno requiriente/dependiente
<input type="checkbox"/> C) Traqueostomizado
<input type="checkbox"/> D) Con Respirador (bpap)
Justificación (breve, clara y legible):

2. PLANILLA DE EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL

A completar por el médico de la empresa que brindará la cobertura

Nombre y Apellido:
N° Afiliado:
Domicilio
Localidad
Médico de la empresa de atención domiciliaria que realiza la evaluación
Matrícula
Diagnóstico que motiva la solicitud de cobertura

RESUMEN DE LA EVALUACIÓN MÉDICA

Según evaluación del cuadro clínico del afiliado, y habiendo tomado conocimiento de lo solicitado por el Médico de cabecera del paciente, este Servicio de Atención Domiciliaria propone al IOMA la cobertura de Atención Domiciliaria Integral a través de los siguientes Módulos:

MODULO:
SUBMODULOS:

Firma y sello del médico de la empresa