IOMA

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 afiliado: _____ Edad: _____

Nº de afiliado: _____ 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** _____