

## Planilla 2. SOLICITUD DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA

*A ser completada y firmada por el Enfermero y el afiliado, 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 IOMA que regula la prestación de Enfermería Domiciliaria, y habiendo analizado las indicaciones del medio tratante

del sr/a: \_\_\_\_\_ Afiliado 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, **afiliado de IOMA** / 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 afiliado (no obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Firma y vínculo del familiar o responsable