

La enfermería a Domicilio, constituye una prestación de cobertura por corto plazo, con debida justificación médica.  
A completar por el médico tratante:

**DATOS DEL SOCIO**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

N° de Socio: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Familiar responsable: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN**

Período solicitado del servicio de Enfermería a Domicilio:    /    /    al    /    /

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evaluación del Paciente y Fundamentación Médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INDICACIÓN DE LA PRESTACIÓN ENFERMERÍA A DOMICILIO**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos por vía I.M.         | <input type="checkbox"/> Higiene y confort. |
| <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos por catéter central. | <input type="checkbox"/> Otras: _____       |
| <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos por vía E.V.         | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Hidratación Parenteral.                             | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Colocación de sonda vesical.                        | _____                                       |

Plan Terapéutico (dosis, vía de administración, frecuencia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO** del profesional solicitante.

—

A completar por los enfermeros/as tratantes:

**DATOS DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA**

Apellido y Nombres del Enfermero/a:

Teléfono de contacto:

Mail:

Localidad de Residencia:

Apellido y Nombres del Enfermero/a:

Teléfono de contacto:

Mail:

Localidad de Residencia:

Apellido y Nombres del Enfermero/a:

Teléfono de contacto:

Mail:

Localidad de Residencia:

**REQUISITOS**

- Fotocopia del título habilitante. Matrícula profesional (Avalado por el Ministerio de Salud)
- Copia del Formulario de Inscripción a la AFIP
- Presupuesto
- Detalle de las prestaciones de enfermería a realizar, con firma y sello del enfermero responsable.