

Este servicio 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

A. Administración de medicamentos (detallar vía): I.M. E.V. Catéter central

B. Sondaje (detallar acceso): vesical Nasogástrica C. Hidratación Parenteral: D. Otro:

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

A completar por los enfermeros/as tratantes:

DATOS DEL ENFERMERO/A	ENFERMERÍA 1	ENFERMERÍA 2	ENFERMERÍA 3
Apellido y Nombres:			
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.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL SOLICITANTE.