JERÁRQUICOS

Servicio de Enfermería a Domicilio

SOLICITUD

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

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

Sondaje (detallar acceso): **vesical** ☐ **uretral** ☐

Hidratación Parenteral ☐ Otros ☐

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

FIRMA Y SELLO del profesional solicitante.

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

REV. 5 - OCTUBRE 2023

JERÁRQUICOS

Servicio de Enfermería
a Domicilio

SOLICITUD

A completar por los enfermeros/as tratantes:

DATOS DEL ENFERMERO/A	ENFERMERÍA 1	ENFERMERÍA 2	ENFERMERÍA 3
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.
- Detalle de las prestaciones de enfermería a realizar, con firma y sello del enfermero responsable.

REV. 5 - OCTUBRE 2023

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.