

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:	Nº de Socio:
<hr/>		
Domicilio:	Teléfono:	
<hr/>		
Familiar responsable:	Mail:	
<hr/>		

**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.

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.