

## ANEXO IV

### PLANILLA DE RENOVACIÓN

#### SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL

#### PLANILLA DE RENOVACIÓN

##### DATOS DEL AFILIADO

---

Número de beneficio		Núm. documento	
Nombre y apellido			
Teléfono		Mail	
Domicilio			
Localidad		UGL/Agencia	
Médico de Cabecera/tratante			
Matrícula			

##### DATOS DEL FAMILIAR Y/O RESPONSABLE

---

Nombre y apellido		Núm. documento	
Teléfono			
Domicilio		Mail	
Localidad			

##### INFORME MÉDICO

---

Diagnóstico	
Grado de dependencia (Índice Barthel)	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Total (0-20)</li><li><input type="radio"/> Grave (21-60)</li><li><input type="radio"/> Moderado (61-90)</li><li><input type="radio"/> Leve (91-99)</li><li><input type="radio"/> Independiente (100)</li></ul>
Renovación Número	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Primera</li><li><input type="radio"/> Segunda</li><li><input type="radio"/> Tercera</li><li><input type="radio"/> Cuarta</li></ul>
Justifique la persistencia de la necesidad	

## MÓDULOS

MÓDULOS	Marque lo que corresponda	MESES
Mód. 1- Baja complejidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médico 1 visita /mes</li> <li>○ Enfermería 1 visita /semana</li> <li>○ Cuidador 4 horas por día</li> </ul>	1 – 2 -3
Mód. 2- Baja complejidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médico 2 visitas /mes</li> <li>○ Enfermería 1 prestación / día</li> </ul>	1 – 2 -3
Mód. 3- Alta complejidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médico 2 visitas /mes</li> <li>○ Enfermería 2 – 3 - 4 sesiones/ día</li> <li>○ Kinesiología 1 – 2 - 3 sesiones semanales</li> </ul>	1 – 2 -3
Mód. 4 -Alta complejidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médico 1 visitas /semana</li> <li>○ Enfermería 8 horas / día</li> <li>○ Kinesiología 3 – 4 - 5 sesiones semanales</li> <li>○ Fonoaudiología 2 sesiones semanales</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo Equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cama ortopédica</li> <li>○ Colchón anti escaras</li> <li>○ Silla de ruedas</li> <li>○ Andadores</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tubo T6 m3 con manómetro y tubuladuras (2 recargas/mes)</li> <li>○ Concentrador de oxígeno + tubo de back up</li> <li>○ BPAP</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo Cuidador domiciliario	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 4 horas</li> <li>○ 8 horas</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo soporte nutricional adulto	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Con bomba</li> <li>○ Sin bomba, con sonda nasogástrica</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo soporte nutricional pediátrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Con bomba</li> <li>○ Sin bomba, con sonda nasogástrica</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo kinesiología	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 sesiones/semana</li> <li>○ 5 sesiones/semana</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 a 3 sesiones /día</li> </ul>	.....sem
Submódulo terapia ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 sesiones/semana</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo Fonoaudiología	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 sesiones/semana</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo Estimulación temprana	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 sesiones/semana</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo Insumos traqueostomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gasas TQT no tejidas (60 por mes).</li> <li>○ Filtros de traqueotomía (30 por mes).</li> <li>○ Cánulas (2 por mes).</li> <li>○ Aspirador manual de vacío (1 por internación).</li> </ul>	1 – 2 -3
Submódulo Insumos Generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alcohol líquido y gel, apósitos no estériles, baño fácil, cinta, bolsa colectora de orina/sonda vesical, gasas, guantes, antiséptico tipo yodo-povidona, venda, nebulizador.</li> </ul>	.....sem

Firma y sello del Médico Solicitante

Aclaración