

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)	<input type="radio"/> Total (0-20) <input type="radio"/> Grave (21-60) <input type="radio"/> Moderado (61-90) <input type="radio"/> Leve (91-99) <input type="radio"/> Independiente (100)
Renovación Número	<input type="radio"/> Primera <input type="radio"/> Segunda <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Cuarta
Justifique la persistencia de la necesidad	

MÓDULOS

MÓDULOS	Marque lo que corresponda	MESES
Mód. 1- Baja complejidad	<input type="radio"/> Médico 1 visita /mes <input type="radio"/> Enfermería 1 visita /semana <input type="radio"/> Cuidador 4 horas por día	1 – 2 -3
Mód. 2- Baja complejidad	<input type="radio"/> Médico 2 visitas /mes <input type="radio"/> Enfermería 1 prestación / día	1 – 2 -3
Mód. 3- Alta complejidad	<input type="radio"/> Médico 2 visitas /mes <input type="radio"/> Enfermería 2 – 3 - 4 sesiones/ día <input type="radio"/> Kinesiología 1 – 2 - 3 sesiones semanales	1 – 2 -3
Mód. 4 -Alta complejidad	<input type="radio"/> Médico 1 visitas /semana <input type="radio"/> Enfermería 8 horas / día <input type="radio"/> Kinesiología 3 – 4 - 5 sesiones semanales <input type="radio"/> Fonoaudiología 2 sesiones semanales	1 – 2 -3
Submódulo Equipamiento	<input type="radio"/> Cama ortopédica <input type="radio"/> Colchón antiescaras <input type="radio"/> Silla de ruedas <input type="radio"/> Andadores	1 – 2 -3
Submódulo oxigenoterapia	<input type="radio"/> Tubo T6 m3 con manómetro y tubuladuras (2 recargas/mes) <input type="radio"/> Concentrador de oxígeno + tubo de back up <input type="radio"/> BPAP	1 – 2 -3
Submódulo Cuidador domiciliario	<input type="radio"/> 4 horas <input type="radio"/> 8 horas	1 – 2 -3
Submódulo soporte nutricional adulto	<input type="radio"/> Con bomba <input type="radio"/> Sin bomba, con sonda nasogástrica	1 – 2 -3
Submódulo soporte nutricional pediátrico	<input type="radio"/> Con bomba <input type="radio"/> Sin bomba, con sonda nasogástrica	1 – 2 -3
Submódulo kinesiología	<input type="radio"/> 2 sesiones/semana <input type="radio"/> 5 sesiones/semana	1 – 2 -3
Submódulo enfermería	<input type="radio"/> 1 a 3 sesiones /díasem
Submódulo terapia ocupacional	<input type="radio"/> 2 sesiones/semana	1 – 2 -3
Submódulo Fonoaudiología	<input type="radio"/> 2 sesiones/semana	1 – 2 -3
Submódulo Estimulación temprana	<input type="radio"/> 2 sesiones/semana	1 – 2 -3
Submódulo Insumos traqueostomía	<input type="radio"/> Gasas TQT no tejidas (60 por mes). <input type="radio"/> Filtros de traqueotomía (30 por mes). <input type="radio"/> Cánulas (2 por mes). <input type="radio"/> Aspirador manual de vacío (1 por internación).	1 – 2 -3

Firma y sello del Médico Solicitante

Aclaración