

## PRESTACIONES DE INTERNACION INSTITUCIONAL

### PLANILLA DE SOLICITUD

#### DATOS DEL AFILIADO

Número de beneficio		Núm. documento	
Nombre y apellido			
Teléfono		Mail	
Domicilio			
Localidad		UGL/Agencia	
Médico de 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>• Total (0-20)</li> <li>• Grave (21-60)</li> <li>• Moderado (61-90)</li> <li>• Leve (91-99)</li> <li>• Independiente (100)</li> </ul>
Medida Independencia Funcional (FIM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total ..... /126</li> </ul>

Historia clínica

## MÓDULOS

MODALIDAD INTERNACIÓN INSTITUCIONAL	MESES
Módulo Baja Complejidad de Internación en Rehabilitación	1-2-3
Módulo Mediana Complejidad de Internación en Rehabilitación	1-2-3
Módulo Alta complejidad de Internación en Rehabilitación	1-2-3
Módulo Internación Cuidados Crónicos	1-2-3
Módulo Hospital de Día Jornada Simple	1-2-3
Módulo Hospital de Día Jornada Completa	1-2-3
Submódulo mensual Oxigenoterapia	1-2-3
Submódulo mensual Escara	1-2-3
Submódulo mensual Soporte Nutricional	1-2-3
Submódulo mensual B-PAP/VNI	1-2-3
Submódulo mensual Vejiga Neurogénica	1-2-3
Submódulo mensual Traqueostomía	1-2-3
Submódulo mensual ARM	1-2-3

Firma y sello del Médico Solicitante

Aclaración