

INTERNACIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL

Planilla de solicitud/renovación

DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

NÚMERO DE BENEFICIO:	<input type="text"/>	NÚMERO DE DOCUMENTO:	<input type="text"/>
NOMBRE Y APELLIDO:	<input type="text"/>	UGL/AGENCIA:	<input type="text"/>
TELÉFONOS:	<input type="text"/> / <input type="text"/>	EMAIL:	<input type="text"/>
DOMICILIO DE ASISTENCIA:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>
TEL/ EMAIL MÉDICO/ MÉDICA TRATANTE:	<input type="text"/>	MATRÍCULA MÉDICA/MÉDICO TRATANTE:	<input type="text"/>

DATOS DEL FAMILIAR Y/O RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDO:	<input type="text"/>	RELACIÓN VINCULAR:	<input type="text"/>
TELÉFONOS: (AL MENOS 2)	<input type="text"/> / <input type="text"/>	EMAIL:	<input type="text"/>

INFORME MÉDICO

Primera vez: En caso de renovación Fecha de inicio:/...../.....

DIAGNÓSTICO QUE MOTIVA LA PRESTACIÓN DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL	<input type="text"/>
HISTORIA CLÍNICA Especificar antecedentes de enfermedad actual y otros relevantes. Indicar fecha de los eventos patológicos mencionados, estadio de la enfermedad y grado objetivo de severidad, evolución con tratamiento médico y de rehabilitación.	<input type="text"/>

MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA CON UNA X

<input type="checkbox"/> Postrado/a en cama	<input type="checkbox"/> En silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Oxígeno dependiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomía
<input type="checkbox"/> Alimentación con bomba	<input type="checkbox"/> Gastro/yeyunostomía	<input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica (SNG)	<input type="checkbox"/> Sonda vesical	<input type="checkbox"/> Úlceras, heridas o escaras

EN CASO DE ESCARAS

MARQUE LA LOCALIZACIÓN CON UNA X

<input type="checkbox"/>	Grado I: Limitada a las capas superficiales de la piel, se manifiesta a través del enrojecimiento y no está rota la barrera cutánea, se mantiene la integridad de la piel.
<input type="checkbox"/>	Grado II: Afecta a las capas superficiales de la piel y se prolonga a la primera porción del tejido graso subyacente, y se manifiesta con erosiones, ampollas y/ o desgarros superficiales.
<input type="checkbox"/>	Grado III: se extiende más profundamente a través de estructuras superficiales, afecta a la grasa subcutánea, produciendo necrosis del tejido comprometido y alcanza, pero sin llegar a comprometer los músculos.
<input type="checkbox"/>	Grado IV: destrucción de todo el tejido blando desde la piel hacia el hueso, el nivel de ulceración llega a músculo, hueso, articulaciones, cavidades organizadas adyacentes y estructuras de sostén.

MÓDULOS SUGERIDOS

Marque con una x	MÓDULOS Principales (excluyentes entre sí)	QUÉ INCLUYE EL MÓDULO (marque con una x)
<input type="checkbox"/>	Módulo Clínico 1	Consulta médica hasta una visita cada dos semanas
		Enfermería hasta 2 sesiones por semana
		Insumos generales incluidos
<input type="checkbox"/>	Módulo Clínico 2	Consulta médica hasta una visita por semana
		Enfermería hasta 5 sesiones por semana
		Insumos generales incluidos

<input type="checkbox"/>	Módulo Rehabilitación	Consulta médica	hasta 4 visitas por mes
		Enfermería	hasta 7 sesiones por semana
		Kinesiología	hasta 5 sesiones por semana
		Insumos generales incluidos	

<input type="checkbox"/>	Módulo Patologías Crónicas Complejas	Consulta médica	hasta 4 visitas por mes
		Enfermería	hasta 7 sesiones por semana
		Insumos generales incluidos	

Período del Tratamiento

(marque con una x)

1 mes 2 meses 3 meses

SUBMÓDULOS COMPLEMENTARIOS

SUBMÓDULOS Complementarios	Marque con una x	QUÉ INCLUYE EL SUBMÓDULO
Submódulo Equipamiento (puede seleccionar más de uno)	<input type="checkbox"/>	Cama ortopédica
	<input type="checkbox"/>	Colchón antiescaras
	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas
	<input type="checkbox"/>	Andadores
	<input type="checkbox"/>	Elevador de Inodoro
	<input type="checkbox"/>	Silla de transferencia de bañera
Submódulo Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Tubo T6 m3 con manómetro y tubuladuras (2 recargas/mes)
	<input type="checkbox"/>	Concentrador de oxígeno + tubo de back up
	<input type="checkbox"/>	BPAP
Submódulo Insumos Quirúrgicos	<input type="checkbox"/>	Agua oxigenada / Lidocaína - Apósitos no estériles / Apósitos estériles / Gasas / Apósitos especiales (tipo siliderm o esponjas)

Submódulo Insumos administración parenteral / tratamiento ATB	<input type="checkbox"/>	Guía de suero / Pie de suero / Solución fisiológica o dextrosado / Abbocath / Agujas / Agujas Butterfly / Descartador rígido / Jeringas / Llave de tres vías / Prolongadores / Apósitos transparentes para el cuidado de la piel (tipo Tegaderm)
Submódulo Insumos traqueotomía	<input type="checkbox"/>	Gasas TQT no tejidas / Filtros de traqueotomía / Cánulas / Aspirador manual de vacío
Submódulo Kinesiología * Marque solo en caso de necesitar más sesiones que las indicadas en los módulos	<input type="checkbox"/>	2 sesiones por semana
	<input type="checkbox"/>	3 sesiones por semana
	<input type="checkbox"/>	4 sesiones por semana
	<input type="checkbox"/>	5 sesiones por semana
Submódulo Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/>	1 sesión por semana
	<input type="checkbox"/>	2 sesiones por semana
	<input type="checkbox"/>	3 sesiones por semana
Submódulo Fonoaudiología	<input type="checkbox"/>	1 sesión por semana
	<input type="checkbox"/>	2 sesiones por semana
	<input type="checkbox"/>	3 sesiones por semana
Submódulo Estimulación temprana (Solo pediátricos)	<input type="checkbox"/>	2 sesiones por semana
Submódulo Enfermería * Marque solo en caso de necesitar más sesiones que las indicadas en los módulos	<input type="checkbox"/>	1 sesión por día
	<input type="checkbox"/>	2 sesiones por día
	<input type="checkbox"/>	3 sesiones por día
	<input type="checkbox"/>	4 horas por día
	<input type="checkbox"/>	8 horas por día

Submódulo de Cuidador/a	<input type="checkbox"/>	4 horas por día
	<input type="checkbox"/>	8 horas por día

IMPORTANTE

Los módulos sugeridos por la médica o el médico quedan sujetos a la autorización de Nivel Central.