

DATOS DEL AFILIADO	
Nombre y Apellido:	Código Afiliado:
Nro. Documento:	Edad:
Domicilio:	Teléfono:
Localidad:	Correo:

DATOS DEL FAMILIAR Y/O RESPONSABLE	
Nombre y Apellido:	Código Afiliado:
Nro. Documento:	Edad:
Domicilio:	Teléfono:
Localidad:	Correo:

DATOS DEL SERVICIO MÉDICO A DOMICILIO	
Fecha de ingreso S.M.D.:	
Lugar de S.M.D.:	
Tiempo Aproximado de S.M.D.:	

Nota: S.M.D.: Servicio Médico en Domicilio.

DIAGNOSTICO	
Descripción:	
<hr/>	
Traqueotomía	SI – NO
Colostomía	SI – NO
Drenajes	SI – NO
Sonda vesical	SI – NO
Escaras	SI – NO
Otros:	
<hr/>	

Nota: marcar la opción correcta.

EVALUACION PARA SERVICIO MÉDICO EN DOMICILIO/REQUERIMIENTOS			
Enfermería	SI – NO	veces/día:	veces/semana:
Función:			
Médico Especialidad: _____	SI – NO	veces/ día:	veces/semana:
Fisio-Kinesiología Indicaciones: _____	SI – NO	veces/ día:	veces/semana:
Otros Profesionales: _____	SI – NO	veces/ día:	veces/semana:
Otros Profesionales: _____	SI – NO	veces/ día:	veces/semana:

Nota: marcar la opción correcta.

APARATOLOGIA		
DESCRIPCION/CARACTERISTICAS TECNICAS	UTILIZA	VALOR ALQUILER/ DIA/ MENSUAL
Oxigenoterapia en domicilio	SI – NO	
Concentrador de oxígeno	SI – NO	
Tubo de oxígeno	SI – NO	
Aspirador	SI – NO	
Equipo de oxígeno líquido con mochila	SI – NO	
Humidificador	SI – NO	
Especificaciones (mascara , bigotera, flujo, otros):		

Nota: marcar la opción correcta.

EQUIPAMIENTO		
DESCRIPCIÓN	UTILIZA	TIEMPO ESTIMA DE UTILIZACIÓN
Cama Ortopédica	SI – NO	
Colchón	SI – NO	
Silla de ruedas	SI – NO	
Elevador de inodoro	SI – NO	
Andador	SI – NO	
Portasuero	SI – NO	
Otros:	SI – NO	

Nota: marcar la opción correcta.

