

Planilla de Solicitud Servicios de Atención Domiciliaria Integral

Datos del afiliado:

N° de afiliado:

Apellido y Nombre:

Documento:

Domicilio: Localidad: C.P:

Tel: Mail:

Médico de cabecera: Matícula:

Contacto del médico:

Datos del familiar y/o responsable:

Apellido y Nombre:

Documento:

Tel: Celular:

Mail:

Informe Médico:

Diagnóstico:

.....

.....

.....

Grado de dependencia:

(Índice Barthel)

- Total (0-20)
- Grave (21-60)
- Moderado (61-90)
- Leve (91-99)
- Independiente (100)

Historia Clínica:

.....

.....

.....

