

**Datos de la Persona Afiliada**

1. Apellidos: La mujer indicará primero su apellido de soltera

Nombres: \_\_\_\_\_ UGL/Agencia \_\_\_\_\_

2. N° de documento: \_\_\_\_\_ N° de beneficio: \_\_\_\_\_

3. Domicilio de asistencia: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

4. Teléfonos: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

5. Tel/ Email Médico/ Médica Tratante: \_\_\_\_\_ Matrícula Médica/Médico Tratante: \_\_\_\_\_

**Datos del Familiar y/o Responsable**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Relación vincular: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Informe médico	Primera vez <input type="radio"/>	En caso de renovación <input type="radio"/>	Fecha de inicio:
Diagnóstico que motiva la prestación de internación domiciliaria			
<b>Historia clínica</b> 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.			

**Marque la opción que corresponda**

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

**En Caso de Escaras**

Marque la localización correcta	
<input type="radio"/>	<b>Grado I:</b> 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="radio"/>	<b>Grado II:</b> 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="radio"/>	<b>Grado III:</b> 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="radio"/>	<b>Grado IV:</b> 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 la opción que corresponde)**

Módulos principales (excluyentes entre sí)		Qué incluye el módulo
<input type="radio"/>	<b>A 1</b>	Consulta médica hasta 2 visitas mensuales Enfermería hasta 3 practicas por semana Insumos generales incluidos
<input type="radio"/>	<b>A 2</b>	Consulta médica hasta 2 visitas mensuales Enfermería hasta 7 practicas por semana Kinesiología Motora y/o respiratoria hasta 8 sesiones mensuales. Insumos generales incluidos
<input type="radio"/>	<b>A 3</b>	Consulta médica hasta 4 visitas mensuales Enfermería 3 practicas por día Kinesiología Motora y/o respiratoria hasta 12 sesiones mensuales. Insumos generales incluidos

**Período del Tratamiento**
 1 mes

 2 meses

 3 meses

**Submódulos Complementarios**

Submódulos Complementarios	Qué incluye el submódulo
Submódulo Insumos traqueotomía	<input type="radio"/> Gasas TQT no tejidas / Filtros de traqueotomía / Cánulas / Aspirador manual de vacío
Submódulo Terapia Ocupacional	<input type="radio"/> 1 sesión por semana
	<input type="radio"/> 2 sesiones por semana
	<input type="radio"/> 3 sesiones por semana
Submódulo Fonoaudiología	<input type="radio"/> 1 sesión por semana
	<input type="radio"/> 2 sesiones por semana
	<input type="radio"/> 3 sesiones por semana
Submódulo Kinesiología Motora/Respiratoria	<input type="radio"/> 2 sesiones por semana
	<input type="radio"/> 3 sesiones por semana
	<input type="radio"/> 5 sesiones por semana
Submódulo Insumos Quirúrgicos	<input type="radio"/> Agua oxigenada / Lidocaína - Apósitos no estériles / Apósitos estériles / Gasas / Apósitos especiales (tipo siliderm o esponjas)
Submódulo Insumos administración parenteral / tratamiento ATB	<input type="radio"/> 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) <b>(NO INCLUYE ANTIBIOTICOS)</b>
Submódulo Estimulación temprana (Solo pediátricos)	<input type="radio"/> 2 sesiones por semana

**Datos de la Persona Afiliada**

1. Apellidos: La mujer indicará primero su apellido de soltera

Nombres: \_\_\_\_\_ UGL/Agencia \_\_\_\_\_

2. N° de documento: \_\_\_\_\_ N° de beneficio: \_\_\_\_\_

3. Domicilio de asistencia: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

4. Teléfonos: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

5. Tel/ Email Médico/ Médica Tratante: \_\_\_\_\_ Matrícula Médica/Médico Tratante: \_\_\_\_\_

**Datos del Familiar y/o Responsable**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Relación vincular: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Informe médico	Primera vez <input type="radio"/>	En caso de renovación <input type="radio"/>	Fecha de inicio:
Diagnóstico que motiva la prestación de internación domiciliaria			
<b>Historia clínica</b> 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.			

**Marque la opción que corresponda**

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

**En Caso de Escaras**

Marque la localización correcta	
<input type="radio"/>	<b>Grado I:</b> 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="radio"/>	<b>Grado II:</b> 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="radio"/>	<b>Grado III:</b> 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="radio"/>	<b>Grado IV:</b> 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**

Módulos principales (excluyentes entre sí)	Qué incluye el módulo
<input type="radio"/> <b>Módulo B Pacientes crónicos</b>	Consulta médica hasta 4 visitas mensuales
	Enfermería hasta 7 sesiones por semana
	Kinesiología Motora y/o respiratoria hasta 20 sesiones mensuales.
	Insumos generales incluidos

**Submódulos Complementarios**

Submódulos Complementarios	Qué incluye el submódulo
Submódulo Insumos administración parenteral / tratamiento ATB	<input type="radio"/> 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) <b>(NO INCLUYE ANTIBIOTICOS)</b>
Submódulo Insumos Quirúrgicos	<input type="radio"/> Agua oxigenada / Lidocaína - Apósitos no estériles / Apósitos estériles / Gasas / Apósitos especiales (tipo siliderm o esponjas)

Submódulos Complementarios	Qué incluye el submódulo
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
Submódulo Insumos traqueotomía	<input type="radio"/> Gasas TQT no tejidas / Filtros de traqueotomía / Cánulas / Aspirador manual de vacío
Submódulo Asistente Domiciliario	<input type="radio"/> 8 horas por día
Submódulo Fonoaudiología	<input type="radio"/> 1 Sesión <input type="radio"/> 2 Sesiones <input type="radio"/> 3 Sesiones
Submódulo Terapia Ocupacional	<input type="radio"/> 1 Sesión <input type="radio"/> 2 Sesiones <input type="radio"/> 3 Sesiones
Submódulo Estimulación Temprana	<input type="radio"/> 2 Sesiones

**Datos de la Persona Afiliada**

1. Apellidos: La mujer indicará primero su apellido de soltera

Nombres: \_\_\_\_\_ UGL/Agencia \_\_\_\_\_

2. N° de documento: \_\_\_\_\_ N° de beneficio: \_\_\_\_\_

3. Domicilio de asistencia: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

4. Teléfonos: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

5. Tel/ Email Médico/ Médica Tratante: \_\_\_\_\_ Matrícula Médica/Médico Tratante: \_\_\_\_\_

**Datos del Familiar y/o Responsable**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Relación vincular: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Informe médico	Primera vez <input type="radio"/>	En caso de renovación <input type="radio"/>	Fecha de inicio:
Diagnóstico que motiva la prestación de internación domiciliaria			
<b>Historia clínica</b> 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.			

**Marque la opción que corresponda**

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

**En Caso de Escaras**

Marque la localización correcta	
<input type="radio"/>	<b>Grado I:</b> 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="radio"/>	<b>Grado II:</b> 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="radio"/>	<b>Grado III:</b> 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="radio"/>	<b>Grado IV:</b> 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**

Módulo	Servicio	Frecuencia				
		Diaria			Semanal	Mensual
<b>Módulo C Paciente Crónico Complejo</b>	Visita Médica (x1)	No corresponde				
	Visitas diarias	1	2	3	No corresponde	No corresponde
	Enfermería 4 Hs				No corresponde	No corresponde
	Enfermería 8 Hs				No corresponde	No corresponde
	Enfermería 12 Hs				No corresponde	No corresponde
	Estimulación temprana (x2)	No corresponde				No corresponde
	Asistente domiciliario 8 Hs				No corresponde	No corresponde
	Asistente domiciliario 12 Hs				No corresponde	No corresponde
	Asistente domiciliario 24 Hs				No corresponde	No corresponde



Módulo	Servicio	Frecuencia				
		Diaria	Semanal			Mensual
<b>Módulo C Paciente Crónico Complejo</b>	Kinesiología respiratoria y/o Motora. Sesiones	No corresponde	2	3	5	No corresponde
	Fonoaudiología Sesiones	No corresponde	1	2	3	No corresponde
	Terapia Ocupacional Sesiones	No corresponde	1	2	3	No corresponde
	Insumos quirúrgicos	No corresponde	No corresponde			
	Oxigenoterapia Tubo T6 con manómetro y tubuladuras (2 recargas/mes)	No corresponde	No corresponde			
	Oxigenoterapia Concentrador de oxígeno + tubo de back up	No corresponde	No corresponde			
	Oxigenoterapia BPAP	No corresponde	No corresponde			
	Insumos Traqueotomía	No corresponde	No corresponde			
	Submódulo Insumos administración parenteral / tratamiento ATB	No corresponde	No corresponde			

