

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Nro de Beneficiario: \_\_\_\_\_

Domicilio donde recibirá el servicio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DATOS DE CONVIVIENTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO Y RESUMEN DE HC (en el caso de renovación, evolución según tratamientos)**

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

DROGA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	MG	FRECUENCIA	TOTAL

## REQUERIMIENTOS POR CUIDADOS DOMICILIARIOS

PROFESIONAL	NRO DE VISITAS MENSUALES	MOTIVO DE REQUERIMIENTO

## OTROS REQUERIMIENTOS (adjuntar pedido médico con especificaciones)

Oxígeno

Alimentación

Andador

Cama ortopédica

Colchón antiescaras

Silla de ruedas

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de médico tratante

\*Si presenta requerimientos adicionales a los volcados en la planilla, envíe orden médica junto con esta planilla.