

**Planilla de Solicitud de Internación Domiciliaria  
(COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE)**

Pcte. Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ No de Afiliado \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono Personal \_\_\_\_\_ Telef. de Familiar Responsable \_\_\_\_\_

Médico de Solicitante o de cabecera \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_

Resumen de Historia Clínica (letra legible) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Diagnóstico Presuntivo que motiva solicitud de ID \_\_\_\_\_

**Prestaciones solicitadas.**

Médico \_\_\_\_ Frecuencia de asistencia \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

Enfermería \_\_\_\_ Frecuencia de Asistencia \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

Kinesiólogo: \_\_\_\_ Frecuencia Solicitada \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

Acompañ. Terapéutico \_\_\_\_ Frecuencia Solicitada \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

Terapeuta Ocupacional \_\_\_\_ Frecuencia de asistencia \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

Fonoaudiólogo \_\_\_\_ Frecuencia de asistencia \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

Psicología \_\_\_\_ Frecuencia de asistencia \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

Fonoaudiología \_\_\_\_\_ Frecuencia de asistencia \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

Otras prestaciones ; dígase humana o de equipamiento (Justificar)

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico solicitante.