



SOLICITUD INTERNACIÓN DOMICILIARIA



Para ser completo por el médico tratante:

1) Apellido y Nombre: _____

2) N° Afiliado: _____

3) Lugar de Internación: _____

4) Diagnóstico: _____

5) Motivo por el cual se solicita la auditoria: _____

6) Lugar de Internación Domiciliaria: _____

7) Localidad: _____

8) Teléfono Particular: _____

9) Celular: _____

10) Fecha: _____

Requerimientos para internación domiciliaria:

a) Solicitud de internación domiciliaria (prescripción médica)

b) Resumen de historia clínica que justifique el pedido con los requerimientos necesarios para el domicilio.

Para completar por Auditoria Médica – Dpto. de Salud

Auditoria de Terreno justifica IDOM

SI

NO

Nombre del Médico Auditor de Terreno: _____

Fecha de solicitud: _____

Informe: _____
