

SOLICITUD DE COBERTURA EN CENTRO DE DÍA Y EN HOGAR (Anexo 4)

DATOS DEL AFILIADO/

Apellido y Nombre.....

Edad..... Número de afiliado

Domicilio Teléfono

Familiar responsable (nombre, domicilio, teléfono y grado de parentesco.....

.....

.....

PRESTACIÓN SOLICITADA/.....

.....

.....

PRESTADOR/.....

.....

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA/

Motivo de la internación.....

.....

Enfermedad actual

.....

Medicación/ Oral Endovenosa Subcutánea Otros

Parenteral SI NO

Medicamentos que recibe

.....

Sondas/

Vesical NO SI (permanente- intermitente)

Nasogástrica NO SI (permanente- intermitente)

Estado nutricional/

Escaras NO SI localización..... grado

Antecedentes de importancia

.....

.....

Fecha de inicio de la patología

Informe de estudios complementarios

.....

.....

EVALUACIÓN COGNITIVA Y PSIQUIÁTRICA/

Memoria Alterada Normal

Atención Alterada Normal

Lenguaje Alterado (expresivo – mixto) Normal

Conducta Normal Alterada (estable – inestable)

EVALUACIÓN FISIÁTRICA/.....

EVALUACIÓN SOCIO – FAMILIAR/.....

EVOLUCIONES POR ÁREAS (COMPLETAR EN LAS RENOVACIONES)/.....

OBJETIVOS GENERALES/.....

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL		
INDEPENDIENTE		PUNTAJE
Independencia total		7
Independencia con adaptaciones		6
DEPENDENCIA		
Sólo requiere supervisión (no se toca el paciente)		5
Sólo requiere mínima asistencia (el paciente aporta el 75% o más)		4
Requiere asistencia moderada (el paciente aporta el 50 % o más)		3
Requiere asistencia máxima (el paciente aporta el 25%)		2
Asistencia total (el paciente aporta menos del 25%)		1
ÍTEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado		
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso de baño	
Control de esfínteres		
7	Control de intestino	
8	Control de Vejiga	
Transferencias		
9	Cama/ silla/silla de ruedas	
10	Al Baño	
11	A la ducha o bañera	
Locomoción		
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
Comunicación		
14	Comprensión	
15	Expresión	
Conexión		
16	Interacción Social	
17	Resolución de Problemas	
18	Memoria	
PUNTAJE FIM TOTAL		

Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros, o bien se necesitan 2 ayudantes se califica como 1.

DIRECCIÓN DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS/
AUDITORÍA DE IOMA CENTRAL - AUDITORÍA DE ASISTENTES SOCIALES

.....
.....
.....
.....

AUDITORÍA MEDICA Se autoriza: SI NO

Por el término de _____ A partir de _____

Monto mensual _____ Monto total _____

Según Resol. N° _____

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del auditor

Firma del Director

Fecha