



"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de la Nación Argentina"

INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA

INTERNACIÓN DOMICILIARIA		
FORMULARIO N° 1		
DATOS DEL AFILIADO		
Apellido y Nombre:		Edad:
Afiliado N°:		Teléfono:
Domicilio de la Prestación:		
HISTORIA CLÍNICA (Patología primaria, asociadas y complicaciones)		
Prestación solicitada:		
Atención de enfermería: SI NO		Frecuencia:
Atención médica: SI NO		Frecuencia:
Detalle de prestaciones que solicita:		
Medicación:		
Nivel de internación Autorizado:		Cantidad de días:
Desde __/__/____		Hasta: __/__/____
Firma médico auditor:	Fecha:	Firma médico prescriptor: