



PROGRAMA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS

FICHA SOLICITUD DE COBERTURA CUIDADOS DOMICILIARIOS

A COMPLETAR POR MÉDICO SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:
DNI: EDAD:
DOMICILIO: LOCALIDAD:
TELÉFONO:

NOMBRE Y APELLIDO FLIAR DE CONTACTO:
DOMICILIO: LOCALIDAD: :.....
E-MAIL: TELEFONO:

MÉDICO DE CABECERA Y/O SOLICITANTE
NOMBRE Y APELLIDO: MATRICULA:
TELEFONO DE CONTACTO:
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA:

FECHA DE SOLICITUD: _____
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: _____
RESUMEN CLINICO: _____

DURACIÓN ESTIMADA DE LA COBERTURA: _____ **MESES**

(Adjuntar en hoja aparte en caso de ser necesario resultados o informes de exámenes complementarios y laboratorios)

RESERVADO A AUDITORIA MÉDICA – IAPOS: