

UGL <input type="text"/>		Ex-DR <input type="text"/>	
Código		Descripción	
N° Expediente <input type="text"/>			
Datos del Afiliado			
N° Beneficio <input type="text"/>			
CP			
Apellido y Nombres <input type="text"/>			
Doc. Tipo <input type="text"/>	Doc. N° <input type="text"/>	Fecha de Nac. <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>
Sexo <input type="checkbox"/> M (masculino) <input type="checkbox"/> F (femenino)	Estado Civil <input type="text"/>		
Lugar de Espera			
<input type="radio"/> DOMICILIO <input type="radio"/> II NIVEL CLINICO <input type="radio"/> GERIATRICO <input type="radio"/> PARA INCLUSION <input type="radio"/> PARA TRASLADO <input type="radio"/> EN FORMA PRIVADA			
<input type="radio"/> II NIVEL PSIQUIATRICO <input type="radio"/> OTROS            NOMBRE INSTITUCION <input type="text"/>			
Calle <input type="text"/>	N° <input type="text"/>	Piso <input type="text"/>	Dpto. <input type="text"/>
Provincia <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>	Localidad <input type="text"/>
Datos Familiar Responsable o Referente			
Apellidos y Nombres <input type="text"/>		Vínculo <input type="text"/>	
Calle <input type="text"/>	N° <input type="text"/>	Piso <input type="text"/>	Dpto. <input type="text"/>
Localidad <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>	
Teléfonos <input type="text"/>			
Modalidad Requerida		Clasificación por Lugar de Espera	Ponderación
<input type="radio"/> RAM <input type="radio"/> RAMP <input type="radio"/> IRP <input type="radio"/> Centro Día		<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pts.
Tipo de Cobertura			% Descuento Coseguro
<input type="radio"/> Cobertura Total <input type="radio"/> Pago Compartido			<input type="text"/> % Escala entre el 20% y 80%
A cargo del INSSJP <input type="text"/> % Escala entre el 20% y 80%			Sólo para Cobertura Total <input type="text"/> %  Indique porcentaje de descuento coseguro sobre la totalidad de los haberes percibidos
A cargo del Fliar. / Responsable <input type="text"/> % + IVA <small>Porcentaje a aplicar sobre el arancel del establecimiento</small>			
Requiere con preferencia (Zona / Institución)			
Presto formal y expresa conformidad a lo solicitado en la presente, dejando constancia de haber tomado vista del listado de prestadores vinculados con el Instituto dentro del ámbito de esta UGL y ratifico los términos del Acta Compromiso suscrita:			
Fecha	Firma del Titular o Apoderado	Aclaración firma	Tipo y N° de Doc. del titular o apoderado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Apellido y Nombres

Diagnóstico Médico Clínico y/o Diagnóstico Psiquiátrico (Este último sólo para RAMP)

Estudios Complementarios

Modalidad de Internación Indicada:

VDRL

Reacción Mantoux

RX de Tórax

A) Cuidados Especiales (Marque con una X)

Postrado ☐ Sí ☐ NO

Sonda vesical ☐ Sí ☐ NO

Trastornos de conducta que dificultan la vida en común

Severos ☐

Escaras ☐ Sí ☐ NO

Alimentación enteral ☐ Sí ☐ NO

Leves ☐

Curaciones ☐ Sí ☐ NO

Oxigenoterapia amb. ☐ Sí ☐ NO

Ninguno ☐

B) Aspectos a Considerar en Todos los Casos (Marque con una X)

Hasta 64 años ☐ 0 ☐

Ninguna ☐ 0 ☐

No requiere ayuda para las AVD ☐ 0 ☐

65 a 69 años ☐ 8 ☐

Transplantado ☐ 1 ☐

Requiere ayuda esporádicamente para una o más AVD primaria o permanente para una o más AVD secundarias ☐ 15 ☐

70 a 74 años ☐ 12 ☐

Silla de ruedas / otros ☐ 1 ☐

Requiere ayuda permanente para una o más AVD primarias ☐ 30 ☐

75 a 79 años ☐ 16 ☐

Dializado ☐ 1 ☐

80 y más ☐ 20 ☐

Otra (Especificar) ☐ 1 ☐

C) Sólo para Afiliados en II° Nivel (Marque con una X)

Contención efectiva:  
Frecuencia de visitas al Internado por parte de familia / amigos / referentes sociales

Más de una vez por día ☐ 0 ☐

Menos de una vez por día ☐ 30 ☐

Una vez por día ☐ 15 ☐

Nunca ☐ 45 ☐

D) Sólo para Afiliados que No se Encuentran en II° Nivel (Marque con una X)

Red Familiar

Hay familiares obligados convivientes ☐ 0 ☐

Hay familiares obligados NO convivientes ☐ 2 ☐

NO hay familiares obligados ☐ 5 ☐

NO tiene familiares ☐ 8 ☐

Contención Efectiva

Grupo conviviente ☐ 0 ☐

Grupo No conviviente (familia / amigos / vecinos) ☐ 5 ☐

Cobertura Institucional (del INSSJyP u otras) ☐ 15 ☐

Ninguna ☐ 20 ☐

Ingresos

Más de tres haberes mínimos ☐ 0 ☐

Más de dos y hasta tres haberes mínimos ☐ 1 ☐

Más de uno y hasta dos haberes mínimos ☐ 2 ☐

Hasta un haber mínimo ☐ 4 ☐

Habitat

Inmueble propio ☐ 0 ☐

Inmueble alquilado ☐ 4 ☐

Inmueble prestado / cedido transitoriamente ☐ 4 ☐

Inmueble intrusado por el afiliado ☐ 8 ☐

Pensión / Hotel ☐ 6 ☐

Geriátrico fuera del sistema, en forma privada ☐ 4 ☐

Geriátrico dentro del sistema, para inclusión ☐ 4 ☐

Estado Conyugal

Casado / Unido de hecho ☐ 0 ☐

Divorciado / Separado / Soltero ☐ 2 ☐

Viudo ☐ 3 ☐

Condiciones de habitabilidad

Buena ☐ 0 ☐

Regular ☐ 1 ☐

Mala ☐ 2 ☐

Fundamentaciones complementarias (Marque con una X)

Fecha

Firma del Responsable

Aclaración firma

Legajo