

AFILIADO / FAMILIAR:**AL SOLICITAR EL SERVICIO DEBE SABER LO SIGUIENTE:**

- 1) **¿QUÉ ES LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA?**: La internación domiciliar es una modalidad de atención de la salud, reglamentada por RESOLUCIÓN N° 704 del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Consiste en brindar asistencia al paciente en su domicilio, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:
- a) Que el Paciente se encuentre estable. De no ser así, debe estar internado en Sanatorio u Hospital.
 - b) Que el paciente presente una patología que amerite estar internado y cuyo tratamiento pueda ser efectivizado en su domicilio.
 - c) Que el paciente tenga un médico tratante de la patología principal que lo aqueja, distinto al médico internista que brindará el servicio de ID.
 - d) Que el paciente y/o familiar brinden consentimiento escrito para esta modalidad de atención.
 - e) Que existan condiciones habitacionales adecuadas y accesibles, así como una conducta sanitaria familiar con ausencia de problemas obstaculizadores del proceso de tratamiento y recuperación.
 - f) En caso de ser afiliado adherente y no titular del IOSCOR, no podrá recibir el servicio si cuenta con otra obra social
- 2) **NO ES INTERNACIÓN DOMICILIARIA:**
- a) Servicio de acompañante
 - b) Servicio de Kinesiología a domicilio
 - c) Consulta médica a domicilio

SOLICITUD DEL SERVICIO Y CONSENTIMIENTO:

Por la presente en carácter de Paciente ☐ Familiar ☐ Cuidador ☐ manifiesto que he sido suficientemente informado de los alcances del Servicio de Internación Domiciliar que brinda el IOSCOR y solicito el mismo para el Afiliado:

Apellido y Nombre: _____ DNI N° _____

Edad: _____ años Sexo: M ☐ F ☐ Titular ☐ Adherente ☐ ¿Posee otra Obra Social? NO ☐ SI ☐

Domicilio de ID: _____ Teléfono: _____

Fecha de solicitud: ____|____|____

Relación o parentesco: _____

Firma del solicitante

Aclaración

DNI N°