

**Deberá ser completado y firmado por el médico que solicita la internación**

Paciente: \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

Médico que indica la ID \_\_\_\_\_ Matrícula N° \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

Otras patologías: \_\_\_\_\_

El paciente tiene indicación de continuar con internación domiciliaria por reunir los siguientes criterios:

**COD. 43.02.62 MÓDULO I: INTERNACIÓN DOMICILIARIA NIVEL I**

Para admitir en este módulo I el paciente debe :	Señale la condición del paciente
Estar postrado o <u>semipostrado</u> por dificultad motora o discapacidad	Para autorizar la internación domiciliaria en Nivel I, el paciente debe reunir al menos tres de los criterios señalados
Necesitar atención de enfermería para curación de heridas o escaras <u>G° I-II</u>	
Necesitar controles estrictos de glucemia porque es diabético severo	
Necesitar controles estrictos de TA porque es hipertenso severo	
Necesitar kinesioterapia para movilización y/o para vías Respiratorias	
Presentar riesgo de complicación post operatoria	

**COD. 43.02.63 MÓDULO II: INTERNACIÓN DOMICILIARIA NIVEL II**

Para admitir en este módulo II el paciente debe :	Señale la condición del paciente
Estar postrado o <u>semipostrado</u> por dificultad motora o discapacidad	Para autorizar la internación domiciliaria en Nivel II, el paciente debe reunir al menos tres de los criterios señalados
Necesitar atención de enfermería para curación de heridas o escaras <u>G° II-III</u>	
Necesitar controles estrictos de enfermería por riesgo de descompensación	
Necesitar kinesioterapia para movilización y/o para vías Respiratorias	
Presentar riesgos de complicación por inmunodepresión o anticoagulación	
Presentar <u>Ostomías, SNG, SV, Endocat</u> , o requerir hidratación parenteral	

**COD. 43.02.64 MÓDULO III: INTERNACIÓN DOMICILIARIA NIVEL III**

Para admitir en este módulo III el paciente debe :	Señale la condición del paciente
Padecer una patología invalidante aguda o crónica complicada o terminal	Para autorizar la internación domiciliaria en Nivel III, el paciente debe reunir al menos tres de los criterios señalados
Necesitar atención, curación y controles estrictos de enfermería	
Necesitar kinesioterapia para soporte y vías Respiratorias con o sin aspiración	
Presentar riesgos de complicación por inmunodepresión o anticoagulación	
Presentar <u>Ostomías, SNG, SV, Endocat</u> , o requerir hidratación parenteral	

**ATENCIÓN:** El presente documento deberá ser completado y firmado por el médico que indica la Internación Domiciliaria. Se deja constancia que, a los fines de este servicio, el médico que indica esta internación domiciliaria será considerado como el profesional a cargo del paciente y deberá mantener una comunicación fluida con el internista por cuestiones de Responsabilidad Legal Compartida. Asimismo, se informa que el Médico Internista Domiciliario brindará el servicio conforme a las necesidades de internación del paciente y a su evolución, en el marco de las condiciones previstas por el IOSCOR. El médico designado por IOSCOR constatará la verosimilitud del presente formulario realizando auditoría en terreno. La autorización definitiva queda sujeta a la auditoría central.

\_\_\_\_\_  
Firma y del Familiar

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Médico que indica la internación