

SOLICITUD DE PRESTACION DE INTERNACION GERIATRICA

Requisitos a reunir para el inicio del trámite:

Afiliado mayor de 60 años con Discapacidad Física o psíquica debidamente certificado por ente oficial que lo inhabiliten definitivamente en forma total y permanentemente para la realización de las actividades de la vida diaria, sin contención familiar adecuada en su propio ámbito.

- 1-Nota solicitando la prestación de internación geriátrica dirigida a la Dirección de Obra Social, firmada por el peticionante quien deberá aclarar rúbrica, grado de parentesco fijando domicilio de la persona para la cual se requiere el servicio.
- 2-Fotocopia de carné de obra social y Jubilado y/o Pensionado. Si se trata de un afiliado a cargo presentar fotocopia de carné y documento tanto del titular como del familiar.
- 3-Fotocopia de Documento de Identidad
- 4-Fotocopia de Recibo de Sueldo.
- 5-Constancia actualizada de ANSES (CERTIFICACION NEGATIVA y CUIL).
- 6-De contar con otra obra social vigente deberá presentar constancia extendida por dicha obra social en la que acredite no contar con la misma prestación solicitada.
- 7-Historia Clínica que se adjunta completa por el médico de cabecera.
- 8-Aceptación por escrito del descuento del 30% en concepto de coseguro.
- 9-Consentimiento firmado por el afiliado y/o Restricción de capacidades emitido por Juzgado competente.

LA SOLICITUD SERA EVALUADA POR SERVICIOS SOCIALES Y AUDITORIA MÉDICA. DE SER APROBADA FAMILIARES DEL AFILIADO DEBERÁN PROCEDER A LA ELECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA SEGÚN CONVENIO:

BARRANQUERAS: INSTITUTO EL BUEN SAMARITANO ,

RESISTENCIA: RESIDENCIA GERIÁTRICA BETANIA S.A., RESIDENCIA GERIÁTRICA PIERRETTE, RESIDENCIA SAN CAMILO, HOGAR DE ANCIANOS NAZARETH Y RESIDENCIA GERIÁTRICA LA FABIANA

JUAN JOSÉ CASTELLI RESIDENCIA GERIÁTRICA SAN FRANCISCO DE ASIS

Resistencia,del 2023.

APELLIDO Y NOMBRE :

AFILIADO N° :

JUBILADO / PENSIONADO:

Conforme lo establece el Anexo III- Punto 6 de la Resolución 5370/10 (Requisitos) PRESTO TOTAL CONFORMIDAD A LA APLICACIÓN DE COSEGURO DEL 30 %, EN MI CUENTA CORRIENTE, EN CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE INTERNACIÓN GERIÁTRICA SOBRE EL VALOR APROBADO POR EL In.S.S.Se.P.

FIRMA:

ACLARACIÓN:.....

DNI:

INFORME MÉDICO PARA SOLICITUD DE PRESTACIÓN INTERNACIÓN GERIÁTRICA

Apellido y Nombres

Edad N° de Afiliado..... N° Jubilado/Pensionado.....

Domicilio

Teléfono de contacto N°.....

Antecedentes Personales (Hereditarios, quirúrgicos, etc.).....

ESTADO GENERAL

Aparato Cardiovascular	Insuficiencia Vascular Periférica	Arterial	
		Venosa	
Electrocardiograma.....			
.....			
.....			
Aparato Respiratorio	.....	
.....			
.....			
Aparato Digestivo	.....	
	Continencia Fecal	Si	Temporaria
	No	Definitiva	
Enfermedades Metabólicas	.....	
		
	Diabetes	ID <input type="checkbox"/>	No ID <input type="checkbox"/>
Aparato Genitourinario	Continencia Urinaria	Si	Temporaria
		No	Definitiva
Sistema Nervioso	Central		
	Periférico		
	Audición		
	Visión		
	Lenguaje y Comprensión Verbal		
		
		
Hábitos			
Fuma		<input type="radio"/>	Bebe
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intolerancia Medicamentosas, reacciones alérgicas			
.....			
.....			

Deambulaci3n	Ambulaci3n sin ayuda ni asistencia mec3nica <input type="radio"/>	Ambulaci3n con ayuda <input type="radio"/>		
	Ambulaci3n sin ayuda con asistencia mec3nica <input type="radio"/>	Postrado Definitivo <input type="radio"/>		
Higiene Vestido Alimentaci3n	Capaz de Atenderse Plenamente en	Higiene <input type="radio"/>	Vestido <input type="radio"/>	Alimentaci3n <input type="radio"/>
	Requiere Supervisi3n Espor3dica para	Higiene <input type="radio"/>	Vestido <input type="radio"/>	Alimentaci3n <input type="radio"/>
	Requiere Supervisi3n Constante para	Higiene <input type="radio"/>	Vestido <input type="radio"/>	Alimentaci3n <input type="radio"/>
	Requiere Asistencia Completa para	Higiene <input type="radio"/>	Vestido <input type="radio"/>	Alimentaci3n <input type="radio"/>
CAPACIDAD PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA				
Estado Psíquico	Totalmente Lúcido <input type="radio"/>	Confusi3n Mental Leve <input type="radio"/>	Moderada <input type="radio"/>	
	Desorientaci3n Auto y Alopsíquica	Sin Agresividad <input type="radio"/>	Con Agresividad <input type="radio"/>	
Diagn3sticos (Principal, Secundario)	..... ..... ..... ..... .....		
Ex3menes Complementarios de importancia que obren en poder del M3dico de Cabecera				
.....				
Medicaci3n que recibe en la Actualidad (Nombre Registrado, Forma Farmac3utica, Vía y Frecuencia)				
1	.....		
2	.....		
3	.....		
4	.....		
5	.....		
6	.....		
Tipo de Dieta	..... ..... ..... .....		

.....
**Firma y Sello del
Profesional Tratante**