

El siguiente formulario es aplicable para:



cmsalud

**Datos a completar por el Sanatorio Solicitante:**

Fecha y hora de solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha estimada de ingreso a CD\*: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Prepago: \_\_\_\_\_ Número de socio: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Tel. alternativos: \_\_\_\_\_ Consentimiento informado firmado: 

Si	No
----	----

Sanatorio solicitante: \_\_\_\_\_ Dirección donde se proveerán CD: \_\_\_\_\_

\*Nota: CD=Cuidados Domiciliarios

**FUNDAMENTACIÓN DE CD Y CONDICIONES AL INGRESO/ PATOLOGÍA ACTUAL (Detallar resumen de historia clínica)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

TIEMPO ESTIMADO DE CD: \_\_\_\_\_

**REQUERIMIENTOS PRESTACIONALES:**

Prestaciones	Si	No	Frecuencia/Cantidad	Justificación	Tiempo
Visita médica					
Control por enfermería					
Kinesiología respiratoria					
Kinesiología motora					
Otros (incluyendo insumos, materiales descartables y aparatología)					

El siguiente formulario es aplicable para:



Medicación <i>(por nombre genérico)</i>	Dosis por día	Duración	Vía de administración

REQUERIMIENTO DE ALIMENTACIÓN ENTERAL O PARENTERAL:  Si  No

En caso afirmativo, por favor describa lo siguiente:

Vía de administración: \_\_\_\_\_

Detalle de alimentación: \_\_\_\_\_

Cantidad requerida por día: \_\_\_\_\_

Tiempo requerido: \_\_\_\_\_