



## **Planilla de solicitud de cobertura**

### 1. REQUISITOS PARA EL INICIO DEL TRAMITE DE AUTORIZACION DE COBERTURA DE INTERNACION DOMICILIARIA.

Se detalla la documentación que deberá presentar el beneficiario **SIN EXCEPCION** a efectos de iniciar el trámite de solicitud de cobertura de internación domiciliaria.

**IMPORTANTE los datos del beneficiario deberán estar cumplimentados en su totalidad, no debe faltar EL NÚMERO DE TELEFONO, y en la medida de lo posible el teléfono del médico que prescribe la prestación**

<b>DOCUMENTACION A PRESENTAR</b>	<b>TILDAR</b>
FOTOCOPIA DEL DNI	
ULTIMO RECIBO DE COBRO	
CERTIFICACION AFILIATORIA	
HISTORIA CLINICA COMPLETA Y ACTUALIZADA	
CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)	
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN LA PATOLOGIA DE BASE	
PLANILLA ANEXA DE REQUERIMIENTO	
INFORME SOCIOHABITACIONAL ELABORADO POR TRABAJADOR SOCIAL	
NOTA DE CONFORMIDAD Y COMPROMISO DE LA FAMILIA	

### 2. REQUISITOS PARA LA RENOVACION DEL TRÁMITE DE AUTORIZACION DE COBERTURA.

- **Consiguar nuevo período por el que se solicita la prestación**
- **Fotocopia de la última autorización**
- **Historia clínica actualizada con diagnóstico y con informe de seguimiento completo. Fecha estimada de alta \*.**
- **Estudios complementarios realizados**

\* Toda información será referida por médico tratante y en ningún caso se tomará como válida información de profesional médico de empresa prestadora.



## PAUTAS DE ADMISIÓN –Y DE MANTENIMIENTO DEL SERVICIO- PARA PACIENTES EN INTERNACIÓN

### DOMICILIARIA:

- Paciente clínicamente estable.
- El paciente debe presentar una patología cuyo tratamiento continuo o discontinuo pueda ser efectivizado en su domicilio.
- El paciente y/o familiar o tutor a cargo del mismo deben brindar consentimiento escrito para esta modalidad de atención.
- El paciente y el grupo conviviente deben tener condiciones habitacionales adecuadas, conducta sanitaria familiar, ausencia de problemas obstaculizadores del proceso de tratamiento y recuperación. Dichas condiciones se relevaran por modelo de informe socio habitacional que se adjunta.
- La familia debe poseer un nivel de alarma adecuado, capacidad de contención y resolución frente a situaciones de desestabilización, capacidad de interacción y cooperación con el equipo de salud.
- Debe tener mecanismos adecuados de derivación con establecimientos asistenciales con internación.

### PATOLOGÍAS PASIBLES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (enunciación no taxativa):

- Pacientes con insuficiencia respiratoria grave de causa neurológica central, espinal y/o muscular que requieran asistencia respiratoria mecánica sin potencial de recuperación de la función.
- Pacientes con secuelas graves de enfermedades congénitas que requieran control y mantenimiento de funciones vitales, con y sin asistencia respiratoria mecánica.
- Enfermedades de la Médula Espinal, que por la complejidad de sus secuelas requieran cuidados y asistencia médica y de enfermería intensivas en domicilio.
- Enfermedades de los Músculos, que generen una discapacidad grave.
- Pacientes con heridas abiertas hasta lograr la recuperación total de los tejidos.



**PLANILLA DE REQUERIMIENTO DE SERVICIOS E INSUMOS DE INTERNACION DOMICILIARIA**

EL PRESENTE FORMULARIO CARECE DE VALOR SIN LA FUNDAMENTACIÓN DE PUÑO Y LETRA REALIZADA POR EL MÉDICO TRATANTE EN LA PLANILLA DE SOLICITUD DEL SERVICIO. DEBE TACHAR LO QUE NO VA A REQUERIR.

NOMBRE Y APELLIDO	
DNI	
CUIT/CUIL	
N° DE BENEFICIARIO	
TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	
DOMICILIO / LOCALIDAD / CP	
MEDICO DE CABECERA	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	
2° DIAGNOSTICO	
3° DIAGNOSTICO	

**INFORME MEDICO**

**(Agregar resumen historia clínica del paciente en letra clara y legible)**

PACIENTE REHABILITABLE

CRONICO NO REHABILITABLE

TRAQUEOTOMIZADO

GASTROTOMIA

ELECTRODEPENDIENTE

PESO:                      ALTURA:

**TIEMPO ESTIMADO DE LA PRESTACIÓN:**

SELLO DE HOSPITAL

FECHA, FIRMA Y SELLO DE MEDICO



**ENFERMERIA** (seleccione según corresponda con una cruz)

1 visitas/día  1-2 visitas/día  2-3 visitas/día  12 hs/día  24 hs/día

**Justificación (breve, clara y legible DEL MEDICO QUE PRESCRIBE):**

PARA RENOVACIÓN ADJUNTAR PLAN DE TRABAJO CON DESCRIPCION DE TAREAS, ESQUEMA SEMANAL Y RUTINAS DE CONTROL.

**CUIDADOR DOMICILIARIO** (seleccione según corresponda con una cruz)

2-4 hs/día  4- 6 hs/día  6- 8 hs/día  12 hs/día

**Justificación (breve, clara y legible DEL MEDICO QUE PRESCRIBE):**

PARA RENOVACIÓN ADJUNTAR PLAN DE TRABAJO CON DESCRIPCION DE TAREAS, ESQUEMA SEMANAL Y RUTINAS DE CONTROL.

SELLO DE HOSPITAL

FECHA, FIRMA Y SELLO DE MEDICO



**KINESIOLOGIA RESPIRATORIA.....DIAS/SEMANA .....HS./DIA**

**Justificación (breve, clara y legible DEL MEDICO QUE PRESCRIBE):**

**PARA RENOVACION ADJUNTAR COMO “ANEXO PLAN KINESIOLOGIA” PLANIFICACION CON:** DIAGNOSTICO, OBJETIVOS Y ESTRATEGIA DE TRABAJO CON ACTIVIDADES, TAREAS Y PLAZOS. **SE DEBERA ENVIAR EVALUACION PERIODICA DE LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE TRABAJO.** TANTO LA PLANIFICACION COMO LA EVALUACION DEBERA SER FIRMADA POR EL PROFESIONAL A CARGO, DONDE SEA LEGIBLE NOMBRE APELLIDO Y NUMERO DE MATRICULA DEL PROFESIONAL TRATANTE.

**KINESIOLOGIA MOTORA.....DIAS/SEMANA ..... HS./DIA**

**Justificación (breve, clara y legible DEL MEDICO QUE PRESCRIBE):**

**PARA RENOVACION ADJUNTAR COMO “ANEXO PLAN KINESIOLOGIA” PLANIFICACION CON:** DIAGNOSTICO, OBJETIVOS Y ESTRATEGIA DE TRABAJO CON ACTIVIDADES, TAREAS Y PLAZOS. **SE DEBERA ENVIAR EVALUACION PERIODICA DE LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE TRABAJO.** TANTO LA PLANIFICACION COMO LA EVALUACION DEBERA SER FIRMADA POR EL PROFESIONAL A CARGO, DONDE SEA LEGIBLE NOMBRE APELLIDO Y NUMERO DE MATRICULA DEL PROFESIONAL TRATANTE.

SELLO DE HOSPITAL

FECHA, FIRMA Y SELLO DE MEDICO



**FONOAUDIOLOGIA.....DIAS/SEMANA ..... HS/DIA**

**Justificación (breve, clara y legible DEL MEDICO QUE PRESCRIBE):**

**PARA RENOVACION ADJUNTAR COMO "ANEXO PLAN FONOAUDIOLOGIA" PLANIFICACION CON:** DIAGNOSTICO, OBJETIVOS Y ESTRATEGIA DE TRABAJO CON ACTIVIDADES, TAREAS Y PLAZOS. **SE DEBERA ENVIAR EVALUACION PERIODICA DE LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE TRABAJO.** TANTO LA PLANIFICACION COMO LA EVALUACION DEBERA SER FIRMADA POR EL PROFESIONAL A CARGO, DONDE SEA LEGIBLE NOMBRE APELLIDO Y NUMERO DE MATRICULA DEL PROFESIONAL TRATANTE.

**TERAPIA OCUPACIONAL.....DIAS/SEMANA .....HS./DIA**

**Justificación (breve, clara y legible DEL MEDICO QUE PRESCRIBE):**

**ADJUNTAR COMO "ANEXO PLAN TERAPIA OCUPACIONAL" PLANIFICACION CON:** DIAGNOSTICO, OBJETIVOS Y ESTRATEGIA DE TRABAJO CON ACTIVIDADES, TAREAS Y PLAZOS. **SE DEBERA ENVIAR EVALUACION PERIODICA DE LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE TRABAJO.** TANTO LA PLANIFICACION COMO LA EVALUACION DEBERA SER FIRMADA POR EL PROFESIONAL A CARGO, DONDE SEA LEGIBLE NOMBRE APELLIDO Y NUMERO DE MATRICULA DEL PROFESIONAL TRATANTE.

**PSICOTERAPIA.....DIAS/SEMANA ..... HS./DIA**

**Justificación (breve, clara y legible DEL MEDICO QUE PRESCRIBE):**

**PARA RENOVACIÓN ADJUNTAR COMO "ANEXO PLAN PSICOTERAPIA" PLANIFICACION CON:** DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, OBJETIVOS Y ENCUADRE DE TRABAJO. **SE DEBERA ENVIAR INFORME PERIODICO DE LO ACTUADO.** TANTO LA PLANIFICACION COMO LA EVALUACION DEBERA SER FIRMADA POR EL PROFESIONAL A CARGO, DONDE SEA LEGIBLE NOMBRE APELLIDO Y NUMERO DE MATRICULA DEL PROFESIONAL TRATANTE.

SELLO DE HOSPITAL

FECHA, FIRMA Y SELLO DE MEDICO



<b>REQUERIMIENTO DE INSUMOS</b>	
<b>DESCRIPCION</b>	<b>CANTIDAD</b>

<b>REQUERIMIENTO DE APARATOLOGIA</b>		
<b>DESCRIPCION</b>	<b>CARACTERISTICAS TECNICAS</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO DE USO</b>

SELLO DE HOSPITAL

FECHA, FIRMA Y SELLO DE MEDICO



## SOLICITUD DE SOPORTE NUTRICIONAL

Completarse por médico especialista (GASTROENTEROLOGO/NUTRICIONISTA)

**-Adjuntar a la solicitud la siguiente documentación:** Informe de historia clínica completa de la enfermedad de base, valoración nutricional o Valoración global subjetiva (clasificar riesgo A-B-o C), fotocopia de informe de laboratorios con proteinograma y albumina, estudios complementarios (eco, TAC, RMN), protocolo quirúrgico, biopsias, etc.

-Apellido y Nombre: .....FECHA...../...../.....

-Edad:.....Peso:.....Talla:.....I.M.C: ..... Curva pondoestatural:.....

Peso habitual:.....

Pérdida de peso en los últimos 3 meses:.....% de Pérdida de peso:.....

-Diagnostico Nutricional:.....

-V.C.T:.....

-H.C%.....GR.....CAL.....

-Proteínas: % .....GR.....CAL.....

-Lípidos: % .....GR.....CAL.....

.....  
Firma y sello profesional Nutricionista/Gastroenterólogo





- Porcentaje de calorías a cubrir con el suplemento nutricional:.....
- Unidades solicitadas:.....
- Objetivos nutricionales a cumplir.....
- .....

Especificar en la tabla el suplemento nutricional solicitado (INDICAR GENERICO):

SUPLEMENTO NUTRICIONAL Medicamento genérico/Forma farmacéutica	ML/DIA GR/DIA	CANTIDAD

Tiempo estimado de Apoyo Nutricional solicitado: .....

Justificar la no utilización de una dieta licuada hipercalórica -hiperproteica:.....

.....

.....  
**Firma y sello profesional Nutricionista/Gastroenterólogo**



## OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

DEBE SER COMPLETADA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA/ MEDICINA RESPIRATORIA O/ VÍAS AÉREAS

**Observación:** los datos presentes en la planilla deben ser avalados por copia de los estudios complementarios correspondientes:

- Espirometría
- Dos gasometrías con dos semanas como mínimo de diferencia en periodo de estabilidad para el comienzo de la provisión. Para la renovación, una gasometría.
- Copia de informe de Rx Tórax
- Prueba de la Caminata de los 6 min. (PO<sub>2</sub> igual o mayor a 60 mm Hg y disnea a los esfuerzos habituales)

### **RESUMEN HISTORIA CLÍNICA:**

.....

.....

.....

.....

Grado de Disnea: .....

Rx. Tórax F y P: .....

Espirometría: .....

Curva de Flujo/vol:.....

**Firma de médico tratante** Especialista en Neumología/ Medicina Respiratoria o/ Vías Aéreas



**LABORATORIO:**

Hemograma:.....

.....

Urea: ..... Glucemia: ..... Ionograma: .....

Gasometría Arterial: .....

Hematocrito: ..... Albúmina: .....

**Ecocardiograma 2D o Doppler:** .....

.....

**E.C.G:** .....

.....

**Test de Ejercicio (6 min. con Sp O2 C/2 min.):** .....

.....

**EVALUACIÓN NUTRICIONAL:**

PESO: ..... TALLA:.....

.....

.....

.....

**INDICACIÓN DE TRATAMIENTO:** *(justificación del módulo sugerido en la planilla de prescripción)*

.....

.....

Fuente de Oxígeno Indicada: .....

Horas de uso:.....Flujo por minuto:..... Ahorrador: SI – NO

**PERIODO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:**.....

Sistema de Liberación de O2 (Cánula Nasal – Mascara):.....

**Fecha y Firma, Sello del Médico Tratante NEUMONÓLOGO/ Medicina Respiratoria o Vías Áreas.**



## Módulos para oxigenoterapia

### MODULO DE TUBO **T6**

- TUBO DE OXIGENO. capacidad 6m3 de o2. calidad medicinal
- MATERIAL DESCARTABLE: 1 cánula nasal o mascara, vaso humidificador
- REGULADOR/CAUDALIMETRO
- Control de calidad: etiquetas con control de calidad realizado.
- Característica del tubo: color blanco

### MODULO CONCENTRADOR DE OXIGENO CON TUBO BACK UP **CC+ T1**

- Equipo concentrador de O2
- Flujo : 0 a 5 l/min
- Material descartable: 1 cánula nasal y 1 humidificador por trimestre o por requerimiento justificado.
- Tubo de Oxígeno. Capacidad 6m3 de O2 Calidad Medicinal (*Solo para casos de Corte de la energía eléctrica*)
- Regulador/ caudalímetro
- Control de Calidad: Etiquetas del Control de Calidad realizado
- CARACTERISTICA DEL TUBO: Color Blanco

### MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRASNPORTE **M.U.T**

- Tubos ultralivianos de capacidad 415-425 con O2 Gaseoso
- Material descartable: 1 cánula ó mascarilla
- Regulador/caudal metro
- Dos cargas semanales

### SISTEMA DE O2 CON MOCHILA (FREE LOX) **M.O.L**

- Reservorio de 32-40 l de O2 líquido de calidad medicinal con mochila de 1-1.5 l de O2 líquido de calidad medicinal
- Material descartable: 1 vaso humidificador, 2 cánulas, 2 baterías

### EQUIPO PRESIÓN POSITIVA VÍA AÉREA **CPAP**

- Circuito paciente
- Una máscara siliconada con arnés semestral o por requerimiento justificado

### EQUIPO DE 2 PRESIONES EN VÍA AÉREA **BPAP**

- Circuito paciente
- 1 máscara con arnés

### RESPIRADORES

- Equipo completo
- 4 circuito paciente
- 1 máscara
- 15 filtros bacterianos

### OXÍMETRO SIN ALARMA **OS/A**

- Equipo completo

- Un sensor, (con reposición en caso de causa justificada)

### OXÍMETRO C/ALARMA **OCA**



## **OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA**

**INDICACIÓN:**.....

**FLUJO O2 LT/MIN.:** .....

**MODULO SUGERIDO:**

- TUBO DE O2 6CM3 C/CARGA INICIAL  RECARGA
- CONCENTRADOR DE O2 + TUBO DE BACK UP
- MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRANSPORTE (8 CARGAMENSUALES)
- MOCHILA DE OC LÍQUIDO
- CPAP
- CPAP + TRMHUM
- AUTO CPAP
- BPAP C/frecuencia back up
- BPAP S/ frecuencia back up
- AUTOBPAP
- MODULO RESPIRADOR
- OCA
- TERMOHUMIDIFICADOR
- CONCENTRADOR PORTATIL
- CONCENTRADOR 8LTS
- CONCENTRADOR 10LTS
- BPAP CON ABAB
- BATERIAS EXTRA
- MODULO MONITOR APNEAS

**MODULO OPCIONAL:**.....

Consumo mensual de O2: ..... Hora de consumo/día: .....

Indicación válida hasta: ..... /..... /.....

**Fecha y Firma, Sello del Médico Tratante NEUMONOLOGO/ Medicina Respiratoria o Vías Áreas.**



**ÍNDICE DE BARTHEL  
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Contínente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Contínente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	- Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0
<b>TOTAL</b>		

Valoración de la incapacidad funcional:

100	Total independencia (siendo 90 la máxima puntuación si el paciente usa silla de ruedas)
60	Dependencia leve
35-55	Dependencia moderada
20-35	Dependencia severa
20	Dependencia total

NOMBRE:

FECHA:



## INFORME SOCIOHABITACIONAL

El siguiente informe deberá ser llenado por profesional interviniente en terreno. Con respecto a “Medida Judicial en Curso” nos referimos a cualquier actuación judicial que se haya originado a partir de denuncia intrafamiliar vinculada a violencia de género, restricción perimetral u otra.

<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	
<b>DNI</b>	
<b>TELEFONO</b>	
<b>TELEFONO OPCIONAL</b>	
<b>CORREO ELECTRONICO</b>	
<b>DOMICILIO/ LOCALIDAD</b>	

<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>EDAD</b>	<b>DNI</b>



<b>MEDIDA JUDICIAL EN CURSO</b>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
	EN CASO DE SI ¿Cuál?	
<b>CONDICIONES DE HABITABILIDAD</b>		
HABITACIONES		
ESPACIOS EN COMUN		
TIPO DE PISO		
TIPO DE TECHO		
TIPO DE PAREDES		
VENTILACION		
ILUMINACION		
OBSERVACIONES		

BANO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
DENTRO	<input type="checkbox"/>	FUERA <input type="checkbox"/>	
TIPO			
INDODORO	<input type="checkbox"/>	LETRINA <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
CLOACAS	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES			





SERVICIOS			
AGUA POTABLE	SI	PERFORACION	<input type="checkbox"/>
		RED	<input type="checkbox"/>
		OTRO, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>
	NO		<input type="checkbox"/>
ELECTRICIDAD	NO		<input type="checkbox"/>
	SI		<input type="checkbox"/>
GAS	NO		<input type="checkbox"/>
	SI	RED	<input type="checkbox"/>
		ENVASADO	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES			

HABITACION DEL PACIENTE	
TIPO DE PISO	
TIPO DE TECHO	
TIPO DE PAREDES	
VENTILACION	
ILUMINACION	
OBSERVACIONES	



## ACUERDO MÉDICO – FAMILIAR / RESPONSABLE

Entre el/la Sr/a \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_ en representación de la persona afiliada \_\_\_\_\_, N° BENEFICIO \_\_\_\_\_, en adelante el/la “FAMILIAR/REPRESENTANTE”; y el/la médico/a tratante \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_ en lo sucesivo el/la “MÉDICO/A” y conjuntamente con el/LA FAMILIAR/REPRESENTANTE, “LAS PARTES” y considerando:

Que el/la MÉDICO/A ha informado al/la FAMILIAR/REPRESENTANTE sobre la situación clínica actual de la persona afiliada y su pronóstico.

Que LAS PARTES plantean la atención médica en el domicilio, mediante la asignación de módulos de Internación Domiciliaria Integral.

Que el/la FAMILIAR/REPRESENTANTE ha podido discutir con el/la MÉDICO/A los riesgos inherentes a la condición de la persona afiliada y los beneficios de la atención en domicilio.

Que el/la MÉDICO/A ha informado los objetivos médicos y/o de rehabilitación de la persona afiliada, así como los plazos máximos de tratamiento por los que podrá otorgarse la prestación de Internación Domiciliaria Integral.

Que el/la FAMILIAR/REPRESENTANTE acepta las condiciones respecto a los plazos de duración de la prestación, que será establecida según la evaluación de la auditoría médica del Programa, para recibir atención de Internación Domiciliaria, y sus obligaciones en dar respuesta a las auditorías de calidad prestacional que se le soliciten, así también responderá inmediatamente al pedido de documentación requerida para el paciente.



En atención a lo expuesto, las PARTES acuerdan las siguientes CLÁUSULAS:

**PRIMERA:** Las PARTES convienen en las condiciones clínicas actuales de la persona afiliada la solicitud de módulos de Internación Domiciliaria Integral, de acuerdo al criterio clínico y a su evolución.

**SEGUNDA:** El/la FAMILIAR/REPRESENTANTE se compromete a cooperar con las indicaciones y cuidados necesarios para la atención de la persona afiliada en su domicilio, así como también con el cumplimiento de dar respuesta a las encuestas de auditoría que por la prestación recibida se realicen.

**TERCERA:** El/la FAMILIAR/REPRESENTANTE declara conocer los riesgos y potenciales complicaciones derivados de la condición de la persona afiliada y brinda por el presente su conformidad y consentimiento.

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, a los días \_\_\_\_\_ del mes  
\_\_\_\_\_ de 202\_\_ se firma a un solo efecto.

FIRMA FAMILIAR/REPRESENTANTE \_\_\_\_\_

FIRMA MEDICO TRATANTE \_\_\_\_\_