

**APOYO ECONÓMICO PARA LA ASISTENCIA EN DOMICILIO
FORMULARIO DE ADMISIÓN****REQUISITOS**

- Ser afiliado a la Obra Social de Empleados Públicos, contando con una edad de recién nacido a 64 años y/o que ya esté incluido en el sistema PAF
- Presentar una problemática socio sanitaria a través de Ficha Médica de Seguimiento y los estudios complementarios que se soliciten.
- Presentar incapacidad económica para solventar gastos por cuidados prolongados en domicilio.
- Tener cuenta bancaria propia o del afiliado directo (en caso contrario OSEP le gestiona la apertura de la misma).
- No recibir otro beneficio por este concepto.

Fecha:/...../.....

Datos Personales del AFILIADO BENEFICIARIO

Apellido y Nombre:		N° Afiliado:
Domicilio:	Edad:	Teléfono:

Antecedentes (enfermedades, accidentes, internaciones)

Examen Físico (capacidad funcional: autoválido, semidependiente, independiente)

Examen Cognitivo (orientación, memoria, comprensión)

Diagnóstico (especificar)

Pronóstico

Medicación

CUIDADOS DOMICILIARIOS

Otro programa de OSEP:	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Aspectos médicos que motivan la necesidad de cuidados especiales:

Firma Profesional: