



"Gral. Martín Miguel de Güemes, Héroe de la Nación Argentina"

INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA

JUNTA MEDICA – IPS – SALTA

BARTOLOMÉ MITRE Nº 215 – TEL- FAX: (0387) 4323116 – SALTA - CAPITAL – CP. 4400

El siguiente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato

**PLANILLA DE CONTENCIÓN FAMILIAR**

(Completada por la familia)

Apellido y Nombre:

Afiliado Nº:

Datos de la vivienda:

Domicilio:

Localidad:

Ubicación (Zona/Barrio)

Tipo de Construcción: Casa ( ) Departamento ( ) Otro ( ) Especificar:

Cantidad de habitaciones:

Grupo Familiar: Detalle las personas que conviven con el afiliado y sus actividades

HISTORIA CLINICA (Patología primaria, asociadas y complicaciones)

Apellido y Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación / Horario

¿Quién cuida actualmente al afiliado, cuantas y cuales horas y cuales son las tareas que realiza?

Describa en forma breve el ámbito donde se realiza la asistencia:

¿Tiene contacto con otros familiares, vecinos, amigos? Describa

¿Tiene otras prestaciones autorizadas por IPS actualmente? ¿Cuáles?

¿Tiene relación con otras Obras o Servicios Sociales?

Nombre y Apellido del responsable

DNI

Teléfono

Otros Datos de interés: