

## Notificación de Ingreso a Internación

La internación de un paciente bajo Programa de Subsidios del CUCAIBA debe ser notificada dentro de las 48 horas de la internación efectiva, mediante este documento. De no ser así será pasible de débito. Sírvase enviar adjunto este archivo a la cuenta de correo [internaciones@cucaiba.gba.gov.ar](mailto:internaciones@cucaiba.gba.gov.ar) para su Registro. Muchas gracias

### 1. Establecimiento

Nombre: .....

### 2. Paciente

Nombre: ..... Apellido: .....

Partido de Residencia: ..... Fecha de nacimiento: .....

DNI  LE  LC  CI  Otro  Doc nro:

Financiador:

### 3. Internación

Fecha de internación: ..... Diagnóstico presuntivo: .....

Motivo de internación: .....

Pretrasplante  Trasplante  Postrasplante **(Seleccionar)** dc  dv

**(Seleccionar)** Días solicitados: .....

A ser llenado por el CUCAIBA

### 4. Autorización

**Complejidad autorizada:** **(Seleccionar)** Días solicitados: .....

Médico que autoriza: .....

### 5. Prórroga

**Complejidad solicitada:** **(Seleccionar)** Días solicitados: .....

**Complejidad autorizada:** **(Seleccionar)** Días autorizados: .....

Médico que autoriza: .....

*Ad-referendum de su aprobación final por el Consejo de Gobierno y Administración del Ente para el Financiamiento de Trasplante de Organos. El subsidio tendrá vigencia siempre que el paciente conserve la categoría de "sin cobertura social, carenciado" al momento de la realización de la práctica.*