



HOJA INICIAL PREVIO ATENCION Y CUIDADO ADULTO MAYOR

Tu mejor decision

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA ATENCION/CUIDADO

NOMBRES:				APELLIDOS:			
FECHA NACIMINETO:		d: ____ m: ____ a: ____		LUGAR DE NACIMIENTO:		CIUDAD: _____ PAIS: _____	
EDAD:		(AÑOS)	(MESES)	TIPO SANGUINEO:			
NUMERO DE IDENTIFICACION:				TIPO: CC: ____ PAS: ____		NACIONALIDAD:	
SEXO:			ESTADO CIVIL:		NIVEL DE EDUCACION	OCUPACION PASADA / PROFESION	
NOMBRE DE LA PERSONA O FAMILIAR A CARGO:						CEDULA:	
DIRECCION DONDE SE REQUIERE LA ATENCION							

HISTORIAL CLINICO DE LA PERSONA/PACIENTE

ENFERMEDADES CRONICAS	
ANTECEDENTES QUIRURGICOS	
MEDICAMENTOS QUE TOMA	
ALERGIAS	
HISTORIAL DE CAIDAS	

ESTADO FISICO DE LA PERSONA/PACIENTE

TEXTURA:	DELGADA		MOVILIDAD Y CAPACIDAD FUNCIONAL	SE VALE POR SI SOLO(A)		VISION	Buena: ____ Regular: ____ Deteriorada: ____
	MEDIA			NECESITA APOYO EVENTUAL		AUDICION	Buena: ____ Regular: ____ Deteriorada: ____
	GRUESA			ASISTIDA TOTALMENTE		PESO (KG):	
						Estatuta(m):	

ESTADO COGNITIVO DE LA PERSONA/PACIENTE

ORIENTACION:	La persona/paciente mantiene un buen grado de orientacion	SI: ____ NO: ____	En caso de "NO" indique una breve descripcion de su respuesta:
MEMORIA:	El estado de la memoria de la persona/paciente es bueno	SI: ____ NO: ____	En caso de "NO" indique una breve descripcion de su respuesta:
LENGUAJE/ COMUNICACION	El estado de la lenguaje/comunicación de la persona/paciente es bueno	SI: ____ NO: ____	En caso de "NO" indique una breve descripcion de su respuesta:
CAPACIDAD DE RAZONAMIENTO	La capacidad de razonamiento de la persona/paciente es bueno	SI: ____ NO: ____	En caso de "NO" indique una breve descripcion de su respuesta:



HOJA INICIAL PREVIO ATENCION Y CUIDADO ADULTO MAYOR

Tu mejor decision

EVALUACION FUNCIONAL DE LA PERSONA/PACIENTE

DE MANERA RESUMIDA, POR FAVOR, INDIQUE LA CAPACIDAD DE LA PERSONA/PACIENTE DE:
REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ABVD) Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

FACTORES DE RIESGO DE LA PERSONA/PACIENTE

POR FAVOR, INDIQUE LOS FACTORES DE RIESGO QUE LA PERSONA/PACIENTE MANTIENE:

RIESGO DE CAIDAS
RIESGO DE DESNUTRICION
RIESGO DE DETERIRO COGNITIVO
RIESGO DE ATAQUE CARDIO VASCULAR
RIESGO DE ATAQUE CARDIACO
RIESGO DE PARALISIS FACIAL

TIPO DE ATENCION REQUERIDA

POR FAVOR, INDIQUE LAS FUNCIONES QUE EL ENFERMERO/AUXILIAR DE CUIDADO DEBEN REALZIAR CON EL PACIENTE (DEBE INCLUIR TODAS LAS QUE USTED CREA NECESARIO)

POR FAVOR, INDIQUE EL HORARIO Y DIAS A LA SEMANA QUE REQUIERE LA ATENCION POR PARTE DEL ENFERMERO/AUXILIAR

		DESDE -HASTA		DESDE -HASTA		DESDE -HASTA	
LUNES A VIERNES	MAÑANA		TARDE		NOCHE		
FINES DE SEMANA	MAÑANA		TARDE		NOCHE		

OTRO: Indique su requerimiento de horario

OBSERVACIONES ADICIONALES

POR FAVOR, INDIQUE TODAS LAS OBSERVACIONES ADICIONALES QUE CREA NECESARIAS RESPECTO AL SERVICIO DE ATENCION QUE USTED REQUIERE (DEBE INCLUIR TODAS LAS QUE USTED CREA NECESARIO)