
Formato de Atención Integral del Adulto Mayor

FECHA

HORA

N HC

DATOS GENERALES

Apellidos

Nombres

Sexo

Lugar de Nacimiento

Procedencia

Fecha de Nacimiento

Grado de instrucción

Estado Civil

Grupo Sanguíneo

Domicilio

Teléfono de ocupación

Familiar o cuidador responsable

ANTECEDENTES PERSONALES

Personales	si	no
Hipertensión Arterial		
Diabetes		
Colesterol alto		
Osteoartritis		
Derrame		
Infarto		
Arritmia		
ICC		
Cáncer de cérvix/mama		
Cáncer de próstata		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Hepatitis C		
Hepatitis D		
Hepatitis E		
Tuberculosis		

Familiares	si	no
Tuberculosis		
Hipertensión		
Diabetes		
Infarto de Miocardio		
Demencia		
Cáncer Mama		
Cáncer Estómago		
Cáncer Color		

Descripción de otros antecedentes

Reacción alérgica al Medicamento

Cual?

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR - VACAM

VALORACIÓN FUNCIONAL

Actividades Básocas de la Vida Diaria (ABVD)

KATZ	Dependiente	Independiente
1. Lavarse		
2. Vestirse		
3. Uso del Serv. Higiénico		
4. Movilizarse		
5. Continencia		
6. Alimentarse		

APELLIDOS Y NOMBRES:

No HC: