

UGL ▶	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	AGENCIA ▶	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		Descripción Agencia																																																				
Datos del Afiliado																																																									
Nº Beneficio ▶	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Grado de parentesco ▶	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																																						
Apellido y Nombres ▶	<div style="border: 1px solid black; width: 600px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																																								
Lugar donde reside el afiliado al momento de la presente Entrevista (completar sólo si hay cambios en los datos ya registrados)																																																									
<input type="radio"/> DOMICILIO <input type="radio"/> II NIVEL CLÍNICO <input type="radio"/> EST. PSIQUIÁTRICO <input type="radio"/> RESIDENCIA (RAM) <input type="radio"/> RESIDENCIA (RAMP)																																																									
<input type="radio"/> III NIVEL CON MIC (Módulo de Integración Comunitaria) <input type="radio"/> OTROS ▶ <i>Especificar</i> ▶ <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 30px; display: inline-block;"></div>																																																									
Calle ▶	Nº ▶	Piso ▶	Dpto. ▶	Localidad ▶																																																					
Provincia ▶	C.P. ▶	Tel. ▶	Mail ▶	@																																																					
Manifestante																																																									
<input type="radio"/> Afiliado <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Referente																																																									
Datos del familiar o referente																																																									
Apellido y Nombres ▶			Vínculo ▶																																																						
Calle ▶	Nº ▶	Piso ▶	Dpto. ▶																																																						
Localidad ▶		C.P. ▶	Provincia ▶																																																						
Teléfonos ▶		Mail ▶	@																																																						
ESTADO ACTUAL DE SALUD/ SITUACIÓN GENERAL																																																									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>En caso de SI <input checked="" type="checkbox"/></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>Temporal</th> <th>Definitivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Postrado ▶</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Diálisis ▶</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Oxigenoterapia ▶</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Silla de ruedas ▶</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Pañales ▶</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 45%;"> <p>En caso de: SÍ <input checked="" type="checkbox"/> <i>Detallar:</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>Temporal</th> <th>Definitivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Prótesis ▶</td><td><input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Ortesis ▶</td><td><input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sondas ▶</td><td><input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Curaciones ▶</td><td><input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Ostomizado ▶</td><td><input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Trasplantado ▶</td><td><input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table> </div> </div>								Temporal	Definitivo	Postrado ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diálisis ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oxigenoterapia ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Silla de ruedas ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pañales ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			Temporal	Definitivo	Prótesis ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ortesis ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sondas ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Curaciones ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ostomizado ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trasplantado ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Temporal	Definitivo																																																						
Postrado ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
Diálisis ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
Oxigenoterapia ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
Silla de ruedas ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
Pañales ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
		Temporal	Definitivo																																																						
Prótesis ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
Ortesis ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
Sondas ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
Curaciones ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
Ostomizado ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
Trasplantado ▶	<input type="radio"/> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																						
Otro (detallar) ▶																																																									

VALORACIÓN NUTRICIONAL

1. ¿Usted sabe si tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

1.a. Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.a. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.c. Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.d. Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.e. Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.f. Otros problemas de salud que requieren dieta, agregar o suprimir alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------------	--	---------------	--	---------------	--	-------------------------	--	---------------------------	--	---	--

1.f.1. Especificar:

1.1. ¿Puede cumplir con la dieta indicada?

2. Indicar cuál/ cuáles de estas comidas realiza en forma DIARIA

2.1. Desayuno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2.5. Almuerzo y cena todos los días
2.2. Almuerzo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.3. Merienda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.4. Cena	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

3. ¿Generalmente come solo? (no comparte el momento del almuerzo y la cena con otra persona)

1.1.1. ¿Por qué?	1. No le alcanza el dinero. 2. No puede generar conductas de autocuidado. 3. Necesita ayuda de otros para organizarse, hacer compras o cocinar.	1 2 3	Requiere intervención
2.5.1. ¿Por qué?	1. No le alcanza el dinero. 2. No puede generar conductas de autocuidado. 3. Necesita ayuda de otros para organizarse, hacer compras o cocinar.	1 2 3	
3.1. ¿Por qué?	1. No puede o no tiene con quien compartir el momento, otras razones involuntarias. 2. Elección propia, le gusta, otras razones voluntarias.	1 2	

CONDICIONANTES Y SIGNOS DE DETERIORO COGNITIVO

4. ¿Sabe leer y escribir?

☐ Sí ☐ No

5. ¿Tuvo la oportunidad de asistir a la escuela?

☐ Sí ☐ No

6. ¿Hasta qué nivel y grado ó año cursó?

Sin instrucción formal
Primario Incompleto
Primario Completo

☐ 1
☐ 2
☐ 3

Secundario Incompleto
Primario Completo
Terciario/ Universitario (comp. o incomp.)

☐ 4
☐ 5
☐ 6

ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA (AAVD)

7. ¿Cada cuánto realiza actividades físicas, deportivas, artísticas, sociales, culturales u otras para cuidar su salud, divertirse o disfrutar fuera de su casa?

Una o más veces por semana	1	7.1.1. No tiene tiempo libre	<input type="radio"/>	1. Razones laborales 2. Participa de organizaciones sociales, políticas, fundaciones, otros 3. Otras obligaciones no familiares	1 2 3	Autonomía
Menos de una vez por semana/ en forma discontinua	2	7.1.2. Limitaciones del contexto	<input type="radio"/>	1. Inaccesibilidad geográfica 2. Falta de transporte 3. Falta de oferta local	1 2 3	Falta de oportunidades
Ha dejado de hacerlo/ Cada vez sale menos	3	7.1.3. Razones sociales	<input type="radio"/>	1. Diferencias culturales (costumbres, lenguaje) 2. Siente discriminación/ segregación por su condición (social, sexual, física u otras) 3. Diferencias generacionales	1 2 3	
Nunca/ No realiza	4	7.1.4. Razones familiares	<input type="radio"/>	1. Tiene que cuidar a sus nietos 2. Cuida familiares con discapacidad o enfermedad 3. Le causa problemas con su pareja, hijos, otros familiares cercanos	1 2 3	
		7.1.5. No le alcanza el dinero	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	Aislamiento
		7.1.6. Razones personales (psicológicas, vinculares)	<input type="radio"/>	1. Piensa "Eso no es para mí"/ No le gusta salir de casa 2. Timidez, temor a no ser aceptado/a 3. No quiere ir solo/a 4. No tiene ánimo para salir de casa	1 2 3 4	
		7.1.7. Limitaciones funcionales/ fragilidad	<input type="radio"/>	1. Necesita que lo/la lleven (requiere ayuda) 2. No resiste mucho tiempo fuera de su casa 3. Otras limitaciones funcionales o de salud	1 2 3	

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

8. TIPO DE ACTIVIDAD		9. CÓMO LA REALIZA (marcar con una cruz X)				10. FRECUENCIA/ADECUACIÓN DE LA AYUDA (marcar con X)		11. OBSERVACIONES TIPO DE TECNOLOGÍA O AYUDA BRINDADA
		Por sí mismo	Con Tecnología de apoyo	Con ayuda de otros	No realiza	Suficiente/Adecuada	Insuficiente Inadecuada	
FISICO- COGNITIVAS	a	Viajar en medios de transporte						
	b	Realizar trámites						
	c	Ir a hacer las compras solo (cargar, acarrear las bolsas)						
	d	Limpiar y mantener en condiciones su vivienda						
	e	Lavar y mantener en condiciones su ropa						
	f	Prepararse su propia comida (planear y realizar las preparaciones)						
COGNITIVAS	g	Manejar el dinero						
	h	Administrar o manejar su medicación						
	i	Usar el teléfono						
	j	Poner atención, entender y discutir un programa de televisión, radio, diario, otros						
	k	Recordar compromisos y acontecimientos familiares						
	l	Reconocer a sus allegados (familiares, amigos)						
	m	Andar por el barrio y encontrar el camino de regreso a casa						
	n	Calentar la comida o bebida y apagar la cocina/ garrafa/ artefacto para cocinar						

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

8. TIPO DE ACTIVIDAD		9. CÓMO LA REALIZA (marcar con una cruz X)				10. FRECUENCIA/ADECUACIÓN DE LA AYUDA (marcar con una X)		11. OBSERVACIONES TIPO DE TECNOLOGÍA O AYUDA BRINDADA
		Por sí mismo	Con Tecnología de apoyo	Con ayuda de otros	No realiza	Suficiente/Adecuada	Insuficiente Inadecuada	
INTERVALO LIBRE DE AYUDA LARGO	o	Desplazarse fuera del hogar						
	p	Elegir y ponerse las prendas adecuadas						
	q	Lavarse la parte inferior del cuerpo						
	r	Lavarse la parte superior del cuerpo						
	s	Lavarse las manos						
	t	Lavarse la cara						
	u	Lavarse los dientes						
INTERVALO LIBRE DE AYUDA CORTO	v	Vestirse y desvestirse al usar el baño						
	w	Abrir botellas y latas						
	x	Usar cubiertos						
	y	Sujetar recipientes						
	z	Desplazarse dentro del hogar						
INTERVALO LIBRE DE AYUDA CRÍTICO	aa	Comer (incluye deglutir)						
	bb	Beber, sorber						
	cc	Contener la micción						
	dd	Contener la defecación						
	ee	Miccionar en el lugar adecuado						
	ff	Defecar en el lugar adecuado						
	gg	Sentarse						
	hh	Acostarse						
	ii	Ponerse de pie						
	jj	Cambiar de postura si está sentado						
	kk	Cambiar de postura si está acostado						
	ll	Pedir ayuda ante una urgencia						

Sí	No
Sí	No

13. El afiliado presenta problemas cognitivos o conductuales que interfieren en el autocuidado.

[illegible]

SÍNTESIS INDICADORES DE INTERVENCIÓN (marcar con una cruz)

SÍNTESIS INDICADORES DE INTERVENCIÓN (marcar con una cruz)

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	VALORACIÓN NUTRICIONAL	No requiere intervención	<input type="radio"/>	Requiere intervención	<input type="radio"/>	
	CONDICIONANTES Y SIGNOS DE DETERIORO COGNITIVO	No interfiere en la vida diaria	<input type="radio"/>	Interfiere en la vida diaria	<input type="radio"/>	
		No interfiere en el autocuidado	<input type="radio"/>	Interfiere en el autocuidado	<input type="radio"/>	
	AVANZADAS INSTRUMENTALES	Autonomía	<input type="radio"/>	Falta de oportunidades	<input type="radio"/>	
				Aislamiento	<input type="radio"/>	
		Físico- cognitivas	No requiere intervención	<input type="radio"/>	Requiere intervención	<input type="radio"/>
		Cognitivas	No requiere intervención	<input type="radio"/>	Requiere intervención	<input type="radio"/>
		BÁSICAS				
	Intervalo de ayuda largo	No requiere intervención	<input type="radio"/>	Requiere intervención	<input type="radio"/>	
	Intervalo de ayuda corto	No requiere intervención	<input type="radio"/>	Requiere intervención	<input type="radio"/>	
Intervalo de ayuda crítico	No requiere intervención	<input type="radio"/>	Requiere intervención	<input type="radio"/>		
RED DE APOYO	Sin dificultades	<input type="radio"/>	Con dificultades	<input type="radio"/>		

--

FECHA / /

Legajo N°

--	--	--	--	--

Firma y aclaración del agente interviniente