

UGL  AGENCIA  Descripción Agencia

**Datos del Afiliado**

Nº Beneficio  Grado de parentesco  Sexo ☐ M (masculino) ☐ F (femenino)

Apellido y Nombres

Doc. Tipo  Doc. Nº  Fecha de Nac.  Día  Mes  Año  Edad

Estado Civil  Nacionalidad

**Lugar donde reside el afiliado al momento de la presente Entrevista**

☐ DOMICILIO ☐ II NIVEL CLÍNICO ☐ EST. PSIQ. (AGUDOS) ☐ RESIDENCIA (RAM) ☐ RESIDENCIA (RAMP)

☐ EST. PSIQ. (CRONICOS) ☐ OTROS  Especificar

Calle  Nº  Piso  Dpto.  Localidad

Provincia  C.P.  Tel.  Mail  @

**VULNERABILIDAD SOCIAL**

	1-Tipo de vivienda	2- Calidad de los materiales	3- Servicio de agua potable	4- Servicios sanitarios	VALORACIÓN					
Recursos habitacionales	1.1. Casa <input type="checkbox"/>	2.1. <b>Suficiente:</b> paredes sólidas y resistentes, pisos revestidos y techos con cielorraso. <input type="checkbox"/>	3.1. Provisión de agua potable por cañería dentro de la vivienda. <input type="checkbox"/>	4.1. Baño dentro de la vivienda con sistema de descarga y desagüe a red cloacal. <input type="checkbox"/>	<b>Vivienda Tipo A (No deficitaria)</b> 0					
	1.2. Departamento <input type="checkbox"/>	2.2. <b>Insuficiente (especificar):</b> <input type="checkbox"/>	3.2. Provisión fuera de la vivienda pero dentro del terreno. <input type="checkbox"/>	4.2. Servicios deficitarios (especificar): <input type="checkbox"/>	<b>Vivienda Tipo B (Deficitaria recuperable)</b> 1					
		2.2.1. Paredes baja calidad <input type="checkbox"/>	3.3. Sin servicio de agua potable. <input type="checkbox"/>	4.2.1. Sin baño en la vivienda. <input type="checkbox"/>						
		2.2.2. Pisos sin terminar <input type="checkbox"/>		4.2.2. Baño afuera. <input type="checkbox"/>						
	2.2.3. Sin cielorraso <input type="checkbox"/>			4.2.3. Sin descarga de agua. <input type="checkbox"/>						
	1.3. Vivienda precaria (especificar) <input type="checkbox"/>	1.3.1. Hotel/ pensión <input type="checkbox"/>	1.3.2. inquilinato <input type="checkbox"/>	1.3.3. Rancho <input type="checkbox"/>	1.3.4. Casilla <input type="checkbox"/>	1.3.5. Local <input type="checkbox"/>	1.3.6. Vivienda móvil <input type="checkbox"/>	1.3.7. Vía pública <input type="checkbox"/>	1.3.8. Otros <input type="checkbox"/>	<b>Vivienda Precaria (Deficitaria irrecuperable)</b> 2
Seguridad habitacional	5- Tipo de tenencia de la vivienda en la que reside el afiliado		5.1. Propietario de la vivienda y el terreno. <input type="checkbox"/>	5.1.1. El título de propiedad está a nombre del afiliado. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Estabilidad habitacional</b> 0					
			5.2. Inquilino/ arrendatario. <input type="checkbox"/>	5.2.1. Monto del alquiler \$ <input type="text"/>	<b>Inestabilidad habitacional</b> 1					
			5.3. Ocupante por préstamo o cesión con permiso/ Ocupante por relación de dependencia. <input type="checkbox"/>		<b>Tenencia irregular</b> 1					
			5.4. Propietario de la vivienda pero no del terreno. <input type="checkbox"/>							
			5.5. Ocupante de hecho. <input type="checkbox"/>							
Ingresos individuales	6.1 Fuente y monto ingresos individuales		7. Los ingresos totales del afiliado equivalen a							
	6.1.1. Monto jubilación \$ <input type="text"/>		7.1. Más de dos haberes jubilatorios mínimos. <input type="checkbox"/>		<b>Ingreso superior al mínimo</b> 0					
	6.1.2. Monto pensión \$ <input type="text"/>		7.2. Iguales o inferiores a dos haberes jubilatorios mínimos. <input type="checkbox"/>		<b>Ingreso mínimo ó sin ingreso</b> 1					
6.1.3. Monto ingresos no previsionales \$ <input type="text"/>		7.3. Iguales o inferiores a un haber jubilatorio mínimo. <input type="checkbox"/>								
6.2 Total ingresos individuales \$ <input type="text"/>		7.4. El afiliado no percibe ingresos. <input type="checkbox"/>								
Carga económica	8- Relación tamaño del hogar y Total perceptores de ingresos		9- Discapacidad		10- Erogaciones especiales					
	8.1. Un ingreso por miembro del hogar (todos perceptores). <input type="checkbox"/>		9.1. No hay enfermos/ discapacitados en el hogar. <input type="checkbox"/>		10. Sin erogaciones especiales. <input type="checkbox"/>					
	8.2. Menos de un ingreso por miembro del hogar/ Tiene afiliados a cargo. <input type="checkbox"/>		9.2. Hay enfermos/ discapacitados en el hogar (excluye al afiliado). <input type="checkbox"/>		10.2. Existen erogaciones especiales (gastos por dependencia o fragilidad, traslados, insumos, siniestros u otros no ordinarios). <input type="checkbox"/>					
Actividad que desarrollaba el afiliado antes de recibir su jubilación/ pensión		Observaciones vulnerabilidad social				Grado de vulnerabilidad social				

DEPENDENCIA Y SOPORTE FUNCIONAL

Salud	11- Situación de salud referida												
AIVD	12- Requiere ayuda para:										VALORACIÓN		
	12.1- Usar el teléfono	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12.2- Realizar tramites/ manejar dinero.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12.3- Viajar en medios de transporte.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12.4- Preparar y tomar la medicación.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12.5- Hacer las compras/ Preparar su comida.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12.6- Cuidar la casa/ lavar la ropa.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Autoválido
ABVD	13- Requiere ayuda para:												
	13.1- Alimentarse.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	13.2- Usar el inodoro/ retrete.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	13.3- Lavarse/ bañarse.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	13.4- Vestirse y desvestirse.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	13.5- Pasar de la cama al sillón.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	13.6- Llegar a tiempo al baño.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	No requiere ayuda para ABVD
												Dependiente	2

Extensión y capacidad de la red de ayuda social- familiar

Soporte funcional	14- Grupo conviviente	14.1.1 Detallar composición del grupo conviviente	15- Recibe ayuda	16- Capacidad de ayuda efectiva	Grado de dependencia y apoyo funcional		
	14.1. Convive con una ó más personas <input type="checkbox"/>	1. Cónyuge/ pareja <input type="checkbox"/> 6. Suegro/a <input type="checkbox"/> 2. Hijo/s o hijastro/s <input type="checkbox"/> 7. Hermano/s <input type="checkbox"/> 3. Yerno/ nuera <input type="checkbox"/> 8. Otros familiares <input type="checkbox"/> 4. Nieto/s <input type="checkbox"/> 9. Otros no familiares <input type="checkbox"/> 5. Padre y/o madre <input type="checkbox"/> 14.1.2. TOTAL CONVIVIENTES <input type="text"/>	15.1. Cuenta con familiar/ referente a quien requerir ayuda. <input type="checkbox"/>	16.1. El/los referente/s brinda/n ayuda adecuada a las necesidades de apoyo. <input type="checkbox"/>		Con soporte funcional	0
	14.2. Vive solo <input type="checkbox"/>	14.2.1. Red familiar no conviviente/ red social a la que acude/ acudiría si necesita ayuda	15.2. No cuenta con familiar/ referente a quien requerir ayuda. <input type="checkbox"/>	16.2. El/los referente/s tiene/n sobrecarga o limitaciones para brindar ayuda. <input type="checkbox"/>		Soporte funcional insuficiente/ Sin soporte funcional	1
		14.2.2. TOTAL RED NO CONVIVIENTE <input type="text"/>		16.3. El/los referente/s tiene/n problemas de salud ó tiene/n 75 años o más. <input type="checkbox"/>			
				16.4. Otras situaciones que implican falta de capacidad de ayuda efectiva por parte del/los familiar/es o referente/s. <input type="checkbox"/>			

Observaciones Dependencia y soporte funcional

Perfil sociosanitario del afiliado	Grado de vulnerabilidad social	<input type="checkbox"/>	Grado de Dependencia y apoyo funcional	<input type="checkbox"/>	ESCALA DE VULNERABILIDAD SOCIO SANITARIA	<input type="checkbox"/>																																																														
	Vivienda	Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Precaria <input type="checkbox"/>	Requerimiento de ayuda	Autoválido <input type="checkbox"/> Semidependiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <th colspan="7">GRADO DE DEPENDENCIA Y SOPORTE FUNCIONAL (GDS)</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">ESCALA DE VULNERABILIDAD SOCIO SANITARIA (EVSS)</th> <th colspan="2">Autoválido</th> <th colspan="2">Semidependiente</th> <th colspan="2">Dependiente</th> </tr> <tr> <th>Con soporte</th> <th>Sin soporte</th> <th>Con soporte</th> <th>Sin soporte</th> <th>Con soporte</th> <th>Sin soporte</th> </tr> <tr> <td>No vulnerable</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Situacional</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Incrementada</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Alta</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Severa</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Extrema</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> </table>		GRADO DE DEPENDENCIA Y SOPORTE FUNCIONAL (GDS)							ESCALA DE VULNERABILIDAD SOCIO SANITARIA (EVSS)	Autoválido		Semidependiente		Dependiente		Con soporte	Sin soporte	Con soporte	Sin soporte	Con soporte	Sin soporte	No vulnerable	0	1	2	3	4	5	Situacional	1	2	3	4	5	6	Incrementada	2	3	4	5	6	7	Alta	3	4	5	6	7	8	Severa	4	5	6	7	8	9	Extrema	5	6	7	8	9	10
	GRADO DE DEPENDENCIA Y SOPORTE FUNCIONAL (GDS)																																																																			
	ESCALA DE VULNERABILIDAD SOCIO SANITARIA (EVSS)	Autoválido		Semidependiente		Dependiente																																																														
Con soporte		Sin soporte	Con soporte	Sin soporte	Con soporte	Sin soporte																																																														
No vulnerable	0	1	2	3	4	5																																																														
Situacional	1	2	3	4	5	6																																																														
Incrementada	2	3	4	5	6	7																																																														
Alta	3	4	5	6	7	8																																																														
Severa	4	5	6	7	8	9																																																														
Extrema	5	6	7	8	9	10																																																														
Tenencia	Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/>	Soporte funcional	Con soporte funcional <input type="checkbox"/> Soporte funcional insuficiente/ Sin soporte funcional <input type="checkbox"/>																																																																	
Ingresos	Superior al mínimo <input type="checkbox"/> Mínimo/ sin ingreso <input type="checkbox"/>																																																																			
Carga económica	Sin carga <input type="checkbox"/> Con carga <input type="checkbox"/>																																																																			
	• Enfermos/ discapacitados en el hogar <input type="checkbox"/> • Menos de un ingreso por miembro del hogar/ familiares a cargo <input type="checkbox"/> • C/ erogaciones especiales <input type="checkbox"/>		• Vive solo <input type="checkbox"/> • Familiar/ referente con sobrecarga <input type="checkbox"/> • Familiar/ referente frágil o en edad frágil <input type="checkbox"/> • Sin red de ayuda <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>Bajo Vulnerabilidad Sociosanitaria</td> <td>0-1</td> <td>En riesgo sociosanitario</td> <td>6-7</td> </tr> <tr> <td>Vulnerabilidad Sociosanitaria</td> <td>2-3</td> <td>Alto riesgo sociosanitario</td> <td>8-9</td> </tr> <tr> <td>Expuesto a riesgo sociosanitario</td> <td>4-5</td> <td>Riesgo sociosanitario crítico</td> <td>10</td> </tr> </table>		Bajo Vulnerabilidad Sociosanitaria	0-1	En riesgo sociosanitario	6-7	Vulnerabilidad Sociosanitaria	2-3	Alto riesgo sociosanitario	8-9	Expuesto a riesgo sociosanitario	4-5	Riesgo sociosanitario crítico	10																																																			
Bajo Vulnerabilidad Sociosanitaria	0-1	En riesgo sociosanitario	6-7																																																																	
Vulnerabilidad Sociosanitaria	2-3	Alto riesgo sociosanitario	8-9																																																																	
Expuesto a riesgo sociosanitario	4-5	Riesgo sociosanitario crítico	10																																																																	

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Legajo N°

Firma y aclaración del profesional interviniente

RESEÑA SITUACIÓN SOCIOSANITARIA

PUNTAJE ESCALA DE VULNERABILIDAD  
SOCIOSANITARIA

Bajo Vulnerabilidad Sociosanitaria  
Vulnerabilidad Sociosanitaria  
Expuesto a riesgo sociosanitario

0-1  
2-3  
4-5

En riesgo sociosanitario  
Alto riesgo sociosanitario  
Riesgo sociosanitario crítico

6-7  
8-9  
10

INTERVENCIÓN SOCIAL/ PRESTACIÓN SOCIAL RECOMENDADA/ DERIVACIÓN

FECHA \_\_/\_\_/\_\_

.....  
Firma y aclaración del profesional interviniente

Legajo N°

--	--	--	--	--