

### DATOS DEL AFILIADO

N° Beneficio	<input type="text"/>	Grado de parentesco	<input type="text"/>
Apellido y Nombres	<input type="text"/>		
Doc. Tipo	<input type="text"/>	Doc. N°	<input type="text"/>
Sexo	<input type="checkbox"/> M (masculino) <input type="checkbox"/> F (femenino)	Estado Civil	<input type="text"/>
Fecha de Nac.	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
	Día	Mes	Año

### LUGAR DONDE RESIDE EL AFILIADO AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN MÉDICA

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

☐ III NIVEL CON MIC (Módulo de Integración Comunitaria)   
☐ OTROS ☐ Especificar

### PRESTACIÓN SOLICITADA POR EL AFILIADO

Club de día ☐   
 Centro de día ☐   
 Residencia para mayores ☐   
 Otros ☐ Especificar

### ANTECEDENTES DE SALUD SIGNIFICATIVOS PREVIOS AL ESTADO ACTUAL

Clinicos:	<input type="text"/>
Quirúrgicos:	<input type="text"/>
Oncológicos:	<input type="text"/>
Internaciones:	<input type="text"/>
Otros:	<input type="text"/>

### PATOLOGÍAS ACTUALES

Respiratorio:	<input type="text"/>
Cardiovascular	<input type="text"/>
Genitourinario	Incontinencia Urinaria: <input type="radio"/> Temporaria <input type="radio"/> Definitiva
Oncológico	<input type="text"/>
Visión	Lentes (Sí / No) <input type="radio"/>
Audición	Audífonos (Sí / No) <input type="radio"/>
Digestivo	Incontinencia fecal: <input type="radio"/> Temporaria <input type="radio"/> Definitiva
Infectocontagiosas	<input type="text"/>
Hematopoyéticas	<input type="text"/>
Neurológicas	<input type="text"/>
Osteo - músculo - articular	<input type="text"/>
Piel - Mucosas - Faneras	<input type="text"/>
Endocrino -metabólicas	<input type="text"/>
Inmunológico – Alergias	<input type="text"/>
Problemas Odontológicos	Prótesis <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Total <input type="radio"/>

ESTADO ACTUAL DE SALUD/ SITUACIÓN GENERAL

SÍ		En caso de: SÍ (X) ▶ Detallar:		Temporal	Definitivo	SÍ		Temporal	Definitivo
Prótesis ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Silla de ruedas ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortesis ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diálisis ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sondas ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oxigenoterapia ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Curaciones ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Postrado ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostomizado ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pañales ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplantado ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Detallar:			
Otro (detallar) ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Postquirúrgico inmediato ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	

Hábitos Tóxicos: ☐ Tabaquismo ☐ Alcohólico ☐ Otros (detallar) ☐

	Sin Ayuda	Con Ayuda	No es capaz		Sin Ayuda	Con Ayuda	No es capaz
Deambulación fuera del hogar ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deambulación dentro del hogar ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejo del dinero ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vestido ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higiene del hogar ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Paso cama- sillón ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compras/ trámites ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Preparación de comidas ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de transportes ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Higiene personal ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejo de medicación ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alimentación ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SALUD MENTAL (consignar "SÍ" o "NO")

En tratamiento psiquiátrico (SÍ / No) ☐ ▶ Prestador :  Profesional tratante:  Teléfono:

En tratamiento psicológico (SÍ / No) ☐ ▶ Prestador:  Profesional tratante:  Teléfono:

Diagnóstico de salud mental:

Aspectos Psíquicos / Cognitivos / Conductuales y Afectividad (marcar con una cruz según corresponda)

Presenta :		(marcar con una cruz)		Presenta :		(marcar con una cruz)	
		SÍ	No			SÍ	No
Aspectos cognitivos	Falta de lucidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desorganización del movimiento voluntario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Trastornos de memoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desorganización en la ejecución de tareas complejas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Trastornos de atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desorientación témporo- espacial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Trastornos del lenguaje (expresión- comprensión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Confusión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Desconocimiento de lugares y personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otras (especificar): .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Aspectos conductuales	Agresión física y verbal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pierde o esconde objetos, documentos, valores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Agitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se pierde aún en lugares conocidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Comportamientos sexuales inapropiados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sospechas, síntomas paranoicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Caminar sin propósito (vagabundeo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comportamientos de riesgo para sí o para terceros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Alteraciones del sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toma decisiones inadecuadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Se fuga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otras (especificar): .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Aspectos psicológicos	Presenta: (marcar con una cruz)	SÍ	No	Aspectos Funcionales	Los signos consignados con la categoría "SI" de las áreas cognitiva, conductual y/o psicológica interfieren : (marcar con una cruz)		
	Apatía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Ideación suicida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Fobias. Temores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Otros (especificar):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Angustia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estadio del Deterioro cognitivo

No presenta ☐ Deterioro mínimo ☐ Deterioro leve ☐ Deterioro moderado ☐ Deterioro severo ☐

Tratamiento Farmacológico Actual Completo- Incluye medicación psiquiátrica (Droga / forma farmacéutica / dosis):

Prácticas Terapéuticas Actuales:

NUTRICIÓN

Peso: Talla: IMC:

Estado nutricional:

Dieta:

TIPO DE CONTENCIÓN SOCIO SANITARIA SUGERIDA

Seguimiento conducta alimentaria (alimentación adecuada) <input type="radio"/>	Estimulación física <input type="radio"/>	Ayudas técnicas <input type="radio"/>	Cuidados diurnos <input type="radio"/>
	Estimulación cognitiva <input type="radio"/>	Ayuda instrumental <input type="radio"/>	Supervisión permanente <input type="radio"/>
Seguimiento nutricional (alimentación suficiente) <input type="radio"/>	Estimulación vínculos sociales <input type="radio"/>	Ayuda actividades básicas <input type="radio"/>	Asistencia permanente <input type="radio"/>
			Asistencia psicogeriatrica <input type="radio"/>

Especificar Otros tipos de contención socio sanitaria sugerida:

/ /			@
Fecha	Firma del Profesional	Sello con número de matrícula	Teléfono
			Mail