

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

SUBSECRETARÍA INTERGENERACIONAL

DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO

FICHA Nro 6

INSTRUCCIONES

1. Una persona adulta mayor sale o egresa de un centro residencial por diversos motivos: reinserción familiar, transferencia a otro Centro o Servicio, fallecimiento, o por su propia voluntad.
- Para garantía de la persona adulta mayor y del centro o servicio, es importante registrar el mayor número de datos posibles a fin de facilitar el posterior seguimiento y como medida de prevención ante una dificultad que pueda generarse.
- 2.- Se solicita el registro de los datos personales de la persona adulta mayor y los datos de la persona o institución con quién egresa ya sea familiar, representante legal o acompañante.
- 3.- Es importante el registro del estado de situación de la persona adulta mayor al momento de su egreso, especialmente cuando existe un desequilibrio, crisis o evidencias de violencia.
- 4.- Declaración, con el fin de facilitar el seguimiento de la persona adulta mayor es necesario que la persona o institución se comprometan a entregar toda la información y las facilidades necesarias para el seguimiento posterior al egresamiento.
- 5.- El formulario contempla información que permite identificar claramente los datos vinculados al lugar de donde egresa y condiciones de salida.
- 6.- Las recomendaciones sintetizan los aspectos más importantes sobre el estado del adulto mayor, permitirá que la institución receptora cuente con alertas e información clave para el proceso de atención.

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA:

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR

CI N°:

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRES:

TIEMPO DE PERMANENCIA:

EDAD :

MOTIVO DE SALIDA

FALLECIMIENTO ()

VOLUNTAD PROPIA ()

ENFERMEDAD ()

TRANSFERENCIA ()

REINSERCIÓN FAMILIAR ()

OTROS ()

ESPECIFIQUE

PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO:

(Si lo hubiere)

NOMBRES:

CI:

EDAD:

RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:

ESPOSA/O

HIJOS ()

AMIGOS ()

OTRA INSTITUCIÓN ()

OTROS ()

ESPECIFIQUE

LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:

CIUDAD:

SECTOR:

CALLES:

PRINCIPAL:

N°

SECUNDARIA:

TELEFONOS:

REFERENCIA:

EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA

(Adicionalmente incluir los siguientes datos):

NOMBRES:

NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR

RAZÓN SOCIAL:

TELÉFONO:

CELULAR:

CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:

PSICOLÓGICAS:

FÍSICAS:

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS)

SI ()

NO ()

APARENTE DESNUTRICIÓN

SI ()

NO ()

DISCAPACIDAD:

SI ()

NO ()

TIPO DE DISCAPACIDAD:

ENFERMEDADES CRÓNICAS:

SI ()

NO ()

CUALES:

ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD

SI ()

NO ()

MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:	
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.	
<div>FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA</div> <div>NOMBRE:</div> <div>CC:</div>	<div>FIRMA FAMILIAR</div> <div>NOMBRE:</div> <div>CC:</div>
<div>FIRMA TRABAJADOR SOCIAL</div> <div>NOMBRE:</div> <div>CC:</div>	<div>FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR</div> <div>NOMBRE:</div> <div>CC:</div>