

## Evaluación Inicial

Fecha: ..../.../.....

Lugar: Domicilio - Internación (especificar.....)  
Consultorio - Otro.....

**Nombre y Apellido:** .....

Fecha de Nacimiento: ..../.../.....

DNI / LC /LE / CI:.....

Obra Social/Prepago:.....

Número de beneficiario:.....

Teléfonos de contacto:.....

Cuidador principal:.....

Domicilio (lugar real de asistencia): .....

Profesión/Ocupación: .....

Pasatiempos:.....

Religión/Creencia:.....

Médico de Cabecera:.....

Médico derivador:.....

Médico evaluador de Carehome:.....

Médico de seguimiento de Carehome:.....

**Diagnóstico:**

**ECOG:**

**Enfermedad actual y tratamiento específico:**

**Antecedentes patológicos y heredo-familiares:**

.....  
.....  
.....

**Estudios**

**complementarios:**.....  
.....  
.....

**Situacion socio-fliar:**

.....  
.....  
.....

**Situación de Información del paciente y la familia:**

.....  
.....  
.....

**Examen físico:**

**Piel/mucosas/faneras**.....  
.....  
**SNC**.....

**Mini-mental test de Folstein:**.....

**CV**.....  
.....  
**Respiratorio**.....

**Digestivo**.....  
.....

**Otros:**.....  
.....

**ESAS (Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton)**

Dolor: /10	Somnolencia: /10
Disnea: /10	Náuseas: /10
Anorexia: /10	Constipacion: /10
Astenia: /10	Tristeza /10
Insomnio: /10	Ansiedad: /10
Bienestar /10	Otro /10

**Problemas principales:**

- 1. )
- 2. )
- 3. )

**Tratamiento actual:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Indicaciones:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Requerimientos:**

- Visitas médicas
- Visitas de enfermería
- Visitas de psicología
- Kinesiología
- Terapia ocupacional
- Asistente social
- Otro:.....

**Pendientes:**

**Se firmó consentimiento informado: SI/NO (motivo.....  
.....)**

**Conclusión:**

**Paciente ingresado. Módulo:.....Fecha de Inicio:.....**

**Paciente rechazado. Motivo**

- 1) Negativa del paciente o familia a recibir el servicio
- 2) No reúne criterios para cuidados paliativos
- 3) Ausencia de familiares o cuidador eficaz
- 4) Inaccesibilidad geográfica
- 5) Zona peligrosa
- 6) Condición clínica inestable
- 7) Otro: .....

**Firma y sello**