

ESTADO ACTUAL DE SALUD/ SITUACIÓN GENERAL

SÍ		En caso de: SÍ (X) ▶ Detallar:		Temporario	Definitivo	SÍ		Temporario	Definitivo
Prótesis ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		<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"/>	Diálisis ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sondas ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		<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"/>	Postrado ▶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostomizado ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		<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"/>	<i>Detallar:</i>			
Otro (detallar) ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Postquirúrgico inmediato ▶	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	

Hábitos Tóxicos: Tabaquismo ▶ Alcoholismo ▶ Otros (detallar) ▶

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

SALUD MENTAL (consignar "SI" 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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"/>	Alucinaciones y delirios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ideación suicida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fobias. Temores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angustia		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otros (especificar):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspectos Funcionales			En la vida diaria (personal, familiar, social, laboral).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			En el autocuidado.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Otros signos (especificar):		<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:

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"/>
Seguimiento nutricional (alimentación suficiente) <input type="radio"/>	Estimulación cognitiva <input type="radio"/>	Ayuda instrumental <input type="radio"/>	Supervisión permanente <input type="radio"/>
	Estimulación vínculos sociales <input type="radio"/>	Ayuda actividades básicas <input type="radio"/>	Asistencia permanente <input type="radio"/>
			Asistencia psicogerítrica <input type="radio"/>

Especificar Otros tipos de contención socio sanitaria sugerida:

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