



Datos del Médico (obligatorio)	
Apellido y Nombre:	
CUIL/CUIT (Obligatorio):	Provincia:
Especialidad:	Matrícula:
Celular: (    ) 15 -	Teléfono: (    ) -
Email:	
Lugar y fecha:	Firma y sello

**CUESTIONARIO FRAIL PARA DETECCIÓN DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR.**

**Respuesta afirmativa = 1 punto**

**Respuesta afirmativa: 1 a 2 = prefrágil; 3 o más = frágil**

COLOCAR PUNTAJE  
FINAL AL FRENTE.

¿Está usted cansado?\_\_\_\_\_

¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?\_\_\_\_\_

¿Es incapaz de caminar una manzana?\_\_\_\_\_

¿Tiene más de cinco enfermedades?\_\_\_\_\_

¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?\_\_\_\_\_

**Documentación respaldatorio a presentar en la agencia. (Debe ser informada al paciente)**

**A. INICIO DE TRATAMIENTO**

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios
4. Anatomía Patológica (-informe de la biopsia). Inmunohistoquímica y biología molecular (sólo si fue requerida por el médico tratante)

**B. RENOVACIÓN**

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios (sólo si fue requerida por el médico tratante)

**C. CAMBIO DE TRATAMIENTO**

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios
4. Nueva Anatomía Patológica (informe de la biopsia) sólo si fue requerida por el médico tratante)