



**FORMULARIO MEDICO PARA COBERTURA DE ASISTENCIA
DOMICILIARIA/RESIDENCIA GERIÁTRICA POR REINTEGRO
(A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE)**

DATOS DEL AFILIADO

N° Afiliado:	<input type="text"/>	Grado de Parentesco:	<input type="text"/>				
Apellido y Nombre:	<input type="text"/>						
Doc. Tipo:	<input type="text"/>	Doc. N.º:	<input type="text"/>	Fecha de Nac.:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>
Sexo:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado Civil:	<input type="text"/>				

LUGAR DONDE RESIDE EL AFILIADO AL MOMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA

Domicilio particular/ Institución:	<input type="text"/>
------------------------------------	----------------------

PRESTACIÓN SOLICITADA POR EL AFILIADO

Ayuda económica para asistencia domiciliaria:	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Cant. De Horas:	<input type="text"/>
Ayuda económica para Residencia Geriátrica:	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		

ANTECEDENTES DE SALUD SIGNIFICATIVOS PREVIOS AL ESTADO ACTUAL

Clínicos:	<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:	<input type="text"/>	Incontinencia Urinaria:	<input type="radio"/> Temporaria <input type="radio"/> Definitiva
Oncológico:	<input type="text"/>		
Visión:	<input type="text"/>	Lentes:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Audición:	<input type="text"/>	Audífonos:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Digestivo:	<input type="text"/>	Incontinencia fecal:	<input type="radio"/> Temporaria <input type="radio"/> Definitiva
Infecto-contagiosas:	<input type="text"/>		
Hematopoyéticas:	<input type="text"/>		
Neurológicas:	<input type="text"/>		
Osteo-múculo-articular:	<input type="text"/>		
Piel-Mucosas-Faneras:	<input type="text"/>		
Endocrino-metabólicas:	<input type="text"/>		
Inmunológico-Alergias:	<input type="text"/>		
Problemas Odontológicos:	<input type="text"/>	Prótesis:	<input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Total



ESTADO ACTUAL DE SALUD/SITUACIÓN GENERAL

	Si	Detallar:	Temporario	Definitivo		Si	Temporario	Definitivo
Prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortesis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sondas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oxígeno-terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Curaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Postrado	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostomizado	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplantado	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Postquirúrgico Inmediato	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Hábitos Tóxicos: Tabaquismo Alcoholismo Otros:

	Sin ayuda	Con ayuda	No es capaz		Con ayuda	Sin 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

En tratamiento psiquiátrico:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Prestador: <input type="text"/>	Tel.: <input type="text"/>
			Profesional tratante: <input type="text"/>	
En tratamiento psicológico:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Prestador: <input type="text"/>	Tel.: <input type="text"/>
			Profesional tratante: <input type="text"/>	
Diagnóstico de salud mental:	<input type="text"/>			



ASPECTOS PSÍQUICOS / COGNITIVOS / CONDUCTUALES Y AFECTIVIDAD

Presenta:		Si	No	Presenta:		Si	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"/>	Desorg. 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 de lenguaje (expres. - compr.)	<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: <input type="text"/>	<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 si 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: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Aspectos psicológicos	Presenta:	Si	No	Alucinaciones y delirios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	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="text"/>	Otros signos (especificar):	<input type="text"/>	



ESTADIO DEL DETERIORO COGNITIVO

No presenta Deterioro mínimo Deterioro leve Deterioro moderado Deterioro severo

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL COMPLETO. INCLUYE MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA
(Droga / Fórmula farmacéutica / dosis)**

--

Prácticas Terapéuticas Actuales:

--

NUTRICIÓN

Peso: Talla: IMC:

Estado nutricional:

--

Dieta:

--

TIPO DE CONTENCIÓN SOCIOSANITARIA SUGERIDA

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

Especificar otros tipos de contención sociosanitaria sugerida:

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
Fecha	Firma del profesional	Sello con número de matrícula	Teléfono	Email