

Villa Teresa

RESIDENCIA PARA ADULTOS MAYORES



FORMULARIO DE ADMISIÓN

.....

DATOS DEL RESIDENTE

Apellido:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

DNI:

Nacionalidad:

Estado civil:

Obra social: Plan:

DATOS DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ADULTO MAYOR

Apellido:

Nombre:

Vínculo con el residente:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Profesión/ Ocupación a la que se dedicaba:

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

Hobbies/ Gustos y Preferencias:

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

INFORMACIÓN CLÍNICA

Nombre completo del médico de cabecera:

Teléfono:

Correo electrónico:

Diagnóstico Principal:

Tiene CUD, adjuntar:

Grado de Dependencia:

Leve

Moderada

Severa

Enfermedades Crónicas:

No

Si, especificar

Medicación Actual:

Alergias:

No

Si, especificar

Adicciones:

No

Si, especificar

Intervenciones Quirúrgicas:

No

Si, especificar

Fecha y motivo de la última internación:

Firma del Responsable Legal:

Aclaración:

Fecha:

VALORACIÓN MÉDICA

Estado Neurocognitivo:

Estado Mental: Orientado Confuso

Insomnio: Si No

Comprensión de órdenes: Si No

Delirium: Si No

Alteraciones Visuales: Si No

Alteraciones Auditivas: Si No

.....

EXAMEN FÍSICO

Postrado: Si No

Deambulación: Normal Segura con ayuda Imposible

Silla de Ruedas: Si No

Andador: Si No

Bastón: Si No

.....

Aparato Cardio respiratorio:

Saturación de oxígeno:

Aparato Digestivo:

Aparato Génito-urinario:

Aparato Osteo mio articular:

ESTADO NUTRICIONAL Y ALIMENTACIÓN

Peso habitual:

Pérdida de peso en los últimos 6 meses:

Si

No

Apetito:

Deglución conservada:

Si

No

Estado de la dentadura:

Bueno

Mal estado

Estado de la boca:

Bueno

Mal estado

Come solo:

Si

No, requiere ayuda

Alergias a alimentos (especificar):

Intolerancias (especificar):

Comidas diarias (especificar):

Alimentos de consumo habitual(especificar):

Suplementos:

Si

No

Utiliza espesantes:

Si

No

Ostomía o sonda:

Si

No

.....

HIGIENE

Necesita ayuda para ir al baño:

Si

No

Baño en cama:

Si

No

Control de esfínteres:

Si

No

Uso de pañales:

Si

No

Micción:

Si

No

PRESTACIONES QUE RECIBE ACTUALMENTE

Fono: Si No

TO: Si No

Fisio: Si No

Otros:

Asistencia Domiciliaria:

Si No

Internación Domiciliaria:

Si No

Enfermería:

Si No

Equipo de oxígeno:

Si No