

Nombre y Apellido:		DNI:		Fecha: / /	
Fecha de Nacim.:		Edad:		Sexo:	
Domicilio:				Localidad:	
Estado Civil:		Grupo conviviente actual:			
Responsable:	Nom. y Apell.:	Edad:	Vínculo:		
Médico tratante:					
Diagnostico causal de la derivación:					
Diagnostico etiológico (causa del daño):					
Tiempo de evolución:					
Se realizó Rehabilitación del estado actual?				SI	NO
Cual?	Kinesiología	Fono	To	Psico	Otra

**Antecedentes Personales**

Especificaciones ( <i>Agregar una x en el casillero en caso positivo</i> )					Tiempo Evolución	
Cardio Vascular	HTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cirugía cardiovascular: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Marcapaso: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardíaca: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Diabetes	Tipo:					
ACV	Hemorrágico	Isquémico				
	Hemicuerpo afectado		Der.	Izq.		
	Nro. de ACV:					
	Síndrome afásico	SI	NO			
	Disartria	SI	NO			
	Negligencia unilateral izq.	SI	NO			
Artrosis	Hombro	Der.	Izq.	Ambos		
	Cadera	Der.	Izq.	Ambos		
	Rodilla	Der.	Izq.	Ambos		
	Columna	Cervical	Dorsal	Lumbar		
	Otras:					
Artroplastia	Articulación:					
Artritis Reumatoidea	Articulaciones mas afectadas:		Hombro	Codos	Muñeca	
	Manos	Caderas	Rodillas	Tobillos	Pies	
Osteoporosis	<i>Anexar desintometría</i>					
Fibromialgia						
Parkinson						
Esclerosis múltiple	Tipo					
Demencia	Tipo					
Sec TEC	Secuelas:					
Lesión medular	Nivel(ej.: C5):					
	Presentación:					
Miopatías	Tipo:					
Parálisis Cerebral	Tipo (ej. PC espástica):					
	Presentación (ej. paraplejía espástica):					
Depresión	Tipo:					
Otras enfermedades Mentales	Tipo:					

Antecedentes Personales (continuación)

Especificaciones (Agregar una <b>x</b> en el casillero en caso <b>positivo</b> )				Tiempo Evolución
Epilepsia	Tipo:			
Trastornos sensoriales	Visuales:	Auditivos:	Sensitivos:	
Amputaciones	Miembro afectado:		Prótesis: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Congénitas:	Adquiridas:	Nivel:	
Síndrome doloroso	Descripción:			
	Escala analógica VAS (0a10):			
Enf. Congénitas	Especificar:			

Estado cognitivo						Tiempo Evolución
Nivel de conciencia	Orientación Temporal	Normal	<input type="checkbox"/>	Orientación espacial	Normal	<input type="checkbox"/>
		Alterada	<input type="checkbox"/>		Alterada	<input type="checkbox"/>
Lenguaje	Comprensivo	<input type="checkbox"/>	Expresivo	<input type="checkbox"/>	N: normal / A: alterada	
Atención	Normal	<input type="checkbox"/>	Alterada	<input type="checkbox"/>		
Memoria	Normal	<input type="checkbox"/>	Alterada	<input type="checkbox"/>		
Alteración deglución	Escala ingesta oral:					
	<input type="checkbox"/> Nivel 1- Nada por boca <input type="checkbox"/> Nivel 2- Tubo dependiente con intentos de alimentos o líquidos <input type="checkbox"/> Nivel 3- Tubo dependiente con consistente ingesta oral <input type="checkbox"/> Nivel 4- Total dieta oral de simple consistencia <input type="checkbox"/> Nivel 5- Total dieta oral con múltiples consistencias con preparación o compensación <input type="checkbox"/> Nivel 6- Total dieta oral con múltiples consistencias con alimentos específicos <input type="checkbox"/> Nivel 7- Total dieta oral sin restricciones					
Otras patologías						

**EXAMEN FÍSICO**

Piel		Tórax	
T.C.S.		Plumonar	
Sistema Ganglionar		Cardíaco	
Osteoauricular		Abdomen	
Cabeza y cuello		Genitourinario	
		Neurológico	

**ESTADO FUNCIONAL ACTUAL**

Postrado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Usa silla de ruedas	Solo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Con ayuda: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Deambula	Solo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Con ayuda: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Vestirse	Independiente	<input type="checkbox"/>	Semi dependiente	<input type="checkbox"/>	Dependiente	<input type="checkbox"/>
Comer	Independiente	<input type="checkbox"/>	Semi dependiente	<input type="checkbox"/>	Dependiente	<input type="checkbox"/>

Bañarse	Independiente		Semi dependiente		Dependiente	
Lavarse Partes	Independiente		Semi dependiente		Dependiente	
Continencia Urinaria	Normal		Urgencia		Incontinencia	
	Panales		S. Vesical permanente		S. Vesical intermitente	
Continencia Intestinal	Normal		Episodio accidental		Incontinencia	
Medicación y dosis diaria	Droga:		Dosis:		Frecuencia diaria:	Vía:
Alimentación enteral	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Escaras	Estadío I		Estadío II		Estadío III	Estadío IV
Antecedentes cirugías	Tipo					
	Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
OBSERVACIONES:						

**PRÁCTICAS SOLICITADAS** (Indicar en los  la cantidad de veces)

Profesión	Frecuencia					
Médico	Diario		Semanal		Mensual	
Enfermería	Diario		Semanal		Mensual	
Enfermería con curaciones	Diario		Semanal		Mensual	
Enfermería diaria por horas	<input type="checkbox"/> horas					
Fonoaudiología	Diario		Semanal		Mensual	
Kinesiología	Diario		Semanal		Mensual	
Psicología	Diario		Semanal		Mensual	
Terapeuta ocupacional	Diario		Semanal		Mensual	
Acompañamiento terapéutico	Diario		Semanal		Mensual	
Interconsulta: (detalle del profesional)						
	Diario		Semanal		Mensual	
	Diario		Semanal		Mensual	
	Diario		Semanal		Mensual	
Tiempo estimado del actual tratamiento solicitado						

Firma y sello del MÉDICO AUTORIZANTE

Consentimiento: .....

.....

.....

.....