

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

**DATOS DEL AFILIADO**

Nº 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"/>	/	<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:

**PRESTACIÓN SOLICITADA POR EL AFILIADO**

Ayuda económica para asistencia domiciliaria:  SI  NO

Ayuda económica para Residencia Geriátrica:  SI  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"/>	Los signos consignados con la categoría "Si" de las áreas cognitiva, conductual y/o psicológica interfieren:		
	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"/>	En la vida diaria (personal, familiar, social, laboral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otros: (especificar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	En el auto cuidado	<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