

PLANILLA DE AUTORIZACIÓN PARA PRÁCTICAS DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO
(completada por el médico tratante)

Correspondiente al período desde ____/____/____ hasta ____/____/____

En caso de prórroga indicar fecha de inicio de presentación ____/____/____

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:

Edad:

Afiliado N°:

Teléfono:

Domicilio de la prestación:

Médico tratante:

Apellido y Nombre:

Matricula N°:

Teléfono:

Diagnóstico:

HISTORIA CLÍNICA (Patología primaria, asociadas y complicaciones)

Otras Observaciones:

Firma y Sello

PLANILLA DE CONTENCIÓN FAMILIAR
(completada por la familia)

Apellido y nombre:..... Afiliado N°:.....
 Datos de la vivienda:.....
 Domicilio:..... Localidad:.....
 Ubicación (zona/barrio):.....
 Tipo de construcción: Casa Departamento Otro Especificar:.....
 Cantidad de dormitorios:.....

Grupo familiar: Detalle las personas que conviven con el afiliado y sus actividades

HISTORIA CLÍNICA (Patología primaria, asociadas y complicaciones)

	Apellido y nombre	Parentesco	Edad	Ocupación/horario
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

¿Quién cuida actualmente al afiliado, cuántas y cuáles horas y cuáles son las tareas que realiza?

Describa en forma breve el ámbito donde se realiza la asistencia.

¿Tiene contacto con otros familiares, vecinos, amigos? Describa.

¿Tiene otras prestaciones autorizadas por IPS actualmente? ¿Cuáles?

¿Tiene relación con otras Obras ó Servicios Sociales?

Nombre y apellido del responsable

DNI

Teléfono

Otros datos de interés:



INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA
ADMISIÓN AL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD

Anexo III A

EVALUACIÓN PARA AFILIADOS CON COBERTURA DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Datos personales

Apellido y nombres:

.....

Edad: Años: Fecha de nacimiento: / / Estado Civil:

.....

Diagnóstico:.....

.....

Fecha de evaluación: / /

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ENTORNO

ACTITUD GENERAL DEL PACIENTE

PERMANECE ALERTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
SE MOVILIZA SOLO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
USA BASTÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
SILLAS DE RUEDAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
ANDADOR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
ATENCIÓN	SOSTENIDA <input type="checkbox"/>	INTERMITENTE <input type="checkbox"/>	ALERTA <input type="checkbox"/>	

JUNTA DE ADMISION

LENGUAJE

LENGUAJE EXPRESIVO

FLUIDO SI NO

VOCABULARIO ESCASO BUENO MUY BUENO

LECTURA SI NO

COPIA SI NO

LENGUAJE COMPRESIVO

RESPONDE A SU NOMBRE SI NO CON DIFICULTAD

SE UBICA EN EL TIEMPO SI NO CON DIFICULTAD

SE ORIENTA EN EL ESPACIO SI NO CON DIFICULTAD

ESQUEMA CORPORAL SI NO CON DIFICULTAD

MEMORIA SI NO

ALIMENTACIÓN

SE ALIMENTA EN FORMA DEPENDIENTE SEMIDPENDIENTE INDEPENDIENTE

UTILIZA UTENSILLOS CUBIEROS VASO OTROS

PRESENTA DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN SI NO

HIGIENE

SE HIGIENIZA EN FORMA DEPENDIENTE SEMIDPENDIENTE INDEPENDIENTE

HÁBITOS DE HIEGIENE

REALIZA ACTIVIDADES DEL HOGAR SI NO

¿Cuáles?.....
.....