FECHA: _____

FICHA MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____

NÚMERO DE AFILIADO: _____ EDAD: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

	SI	NO		SI	NO
Escaras			Diabetes Mellitus		
Hipertensión Arterial			Dislipidemia		
Cardiopatía Isquémica			Hipotiroidismo		
EPOC			Esclerosis Múltiple		
Oxigenoterapia			Accidente Cerebro Vascular		
Sonda Nasogástrica			Deterioro Cognitivo		
Colonostomía			Parkinson		
Sonda Vesical			Artritis Reumatoidea		
Uso de Pañales			Deambula con Auxiliar		
Insuficiencia Renal			Usa Silla de Ruedas Exclusivamente		
Diálisis			Audífono		
Oncológico			Amaurosis		
Localización			Enf. Neuro Psiquiátricas		
ANTECEDENTES FRACTURAS en los 2 últimos años			Hospitalización reciente		
			Antecedentes quirúrgicos en los 2 últimos años		
Localización					
Antecedentes de caídas en los últimos seis meses			Localización		

Medicamentos: _____

_____

_____

Aspectos médicos que motivan la necesidad de **cuidados especiales / Observaciones**

_____

FIRMA Y SELLO

ESTIMADO PROFESIONAL, le solicitamos el llenado completo de la ficha, sin omitir ningún ítem.