

FECHA

#### Datos del Afiliado

--	--	--

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Nº de afiliado: \_\_\_\_\_ 4 dígitos carnet \_\_\_\_\_

Nº de DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_

Referencias: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Situación Laboral: \_\_\_\_\_

ACTIVO - PARTE MÉDICO - JUBILADO - SIN ACTIVIDAD LABORAL PREVIA

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamientos Realizados: \_\_\_\_\_

Oncólogo: \_\_\_\_\_

Otros profesionales que intervienen: \_\_\_\_\_

¿Es paciente del Servicio de Cuidados Paliativos?

Sí

Ambulatorio

Domicilio

No

Antecedente de enfermedad actual: \_\_\_\_\_

Antecedentes personales: \_\_\_\_\_

Antecedentes de enfermedad actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes personales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergia a Medicamentos: \_\_\_\_\_

Hábitos Tóxicos: \_\_\_\_\_

Intervenciones Quirúrgicas: \_\_\_\_\_

Medicación Crónica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Estado Físico:**

NORMAL	OBESO	CUSHINGOIDE	EDEMATIZADO	ADELGAZADO	CAQUECTICO
Peso habitual: Kg	Peso actual: Kg	Talla: cm	Pérdida de Peso/Tiempo		
E.C.O.G.:	KARNOFSKY:	Esc. Barthel:	Horas en cama:	% del día	

**Estado General:**

MUY BUENO - BUENO - REGULAR - MALO

Exámenes Complementarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dolor:**

SIN DOLOR	LEVE	MODERADO	MUCHO	INSOPORTABLE
-----------	------	----------	-------	--------------

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Características del dolor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

Alteración del sueño:	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="10"/>
Fatiga:	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="10"/>
Depresión:	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="10"/>
Ansiedad:	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="10"/>
Alteración Movilidad:	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="10"/>

 Marcar lo que corresponda **L** (leve) **M** (moderado) y **G** (grave)

DISNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASCITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERIDAS QUIRÚRG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLCERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INSOMIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSTIPACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESCARAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DETER. COGNITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDEMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRISTEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISMIN. DEL APETITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICTERÍCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÓMITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRURITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NÁUSEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROB. EN LA BOCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OSTOMAS** Sonda vesical: Sí No Pañales: Sí No Oxigenoterapia Domiciliaria: Sí No

Sonda Nasogástrica: Sí No

 Conciencia de enfermedad: **Paciente** \_\_\_\_\_ **Familiar** \_\_\_\_\_

 Conciencia de gravedad / pronóstico: **Paciente** \_\_\_\_\_ **Familiar** \_\_\_\_\_

**Familiograma:**

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Requerimientos: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **Solicitar y Adjuntar pedido Médico**

Firma y Aclaración  
Entrevistado

Firma y Sello  
Médico