

A.S.S.E.

UNIDAD EJECUTORA 010

Centro de Rehabilitación, Educación Física e Integración Social "Casa de Gardel"

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA REFERENCIA DE PACIENTES A CASA DE GARDEL

PACIENTE

			Fecha:	<input type="text"/>	
Nombre:	<input type="text"/>	C.I.:	<input type="text"/>		
Edad:	<input type="text"/>	Estado civil:	<input type="text"/>	Ocupación:	<input type="text"/>
Familiar responsable: <input type="text"/>					
Domicilio: <input type="text"/>					
Teléfono:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>

MÉDICO TRATANTE

Nombre:	<input type="text"/>				
Teléfono:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>

Diagnóstico:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Antecedentes personales:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

EVALUACIÓN ACTUAL

Estado general:	<input type="text"/>			
<input type="text"/>				
Cardiovascular:	<input type="text"/>			
Pleuropulmonar:	<input type="text"/>			
T. urinario:	<input type="checkbox"/> Contiene	T. digestivo:	<input type="checkbox"/> Contiene	
	<input type="checkbox"/> No contiene		<input type="checkbox"/> No contiene	

AVD: FUNCIONALIDAD ACTUAL

Autocuidado: Independiente
 Dependiente

Desplazamiento: Bastones
 Silla de ruedas
 Muletas
 Andador

Traslado: Por sus medios
 Necesita traslado

Núcleo familiar:

TRATAMIENTO REALIZADO, MEDICACIÓN ACTUAL, CIRUGÍAS

¿QUÉ ESPERA UD. DEL CENTRO "CASA DE GARDEL" PARA SU PACIENTE?

Firma del médico:

CONTRARREFERENCIA

Firma del médico: