

### 1. Información del beneficiario

Afiliado N°: ..... Fecha: ...../...../.....  
 Apellido y Nombre: ..... Sexo: F  M   
 Número de documento: ..... Fecha de Nacimiento: ...../...../.....  
 Dirección: ..... Localidad: ..... Provincia: .....  
 C.P.: ..... Teléfono: ..... Email: .....

### 2. Diagnósticos (síntesis)

Incontinencia fecal SI  NO  Estreñimiento SI  NO  Incontinencia SI  NO   
 Retención urinaria SI  NO  Usa pañales SI  NO   
 Uso de sondas SI  NO  Especificar .....  
 Úlceras de decúbito SI  NO  Si tiene úlceras descríbalas .....  
 Deterioro de la deambulación SI  NO  Paciente postrado: en silla de ruedas   
 en cama

### 3. Déficit de autocuidado

Alimentación SI  NO  Baño e higiene SI  NO  Vestido y acicalamiento SI  NO   
 Uso del retrete SI  NO

### 4. Estado de conciencia

Lucidez  Estupor  Sopor  Coma  (Grados: .....)  
 Alteraciones sensorio perceptivas (especificar y describir brevemente)  
 Visuales: .....  
 Auditivas: .....  
 Cinestésicas: .....  
 Gustativas: .....  
 Confusión aguda SI  NO  Confusión crónica SI  NO  Dolor SI  NO  Dolor crónico SI  NO   
 Motilidad y sensibilidad de mmss y mmii: .....

### 5. Otros deterioros, déficits y alteraciones

.....  
 .....  
 .....

### 6. Medicación

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Firma y sello del médico prestatador tratante



