

FICHA DE EVALUACIÓN MÉDICA

NOMBRE _____ **FECHA** _____
AÑOS _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

FUNCIONALIDAD KATZ _____
 BARTHEL _____
COGNICIÓN MMSE _____
 PFEIFFER _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ANTECEDENTES MÓRBIDOS Y HÁBITOS

HTA	<input type="checkbox"/>	PARKINSON	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>
DM	<input type="checkbox"/>	HIPOACUSIA	<input type="checkbox"/>	ASMA	<input type="checkbox"/>
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	PRESBIACUSIA	<input type="checkbox"/>	OH	<input type="checkbox"/>
DISLIPIDEMIA	<input type="checkbox"/>	PRESBICIA	<input type="checkbox"/>	TABACO	<input type="checkbox"/>
ACV	<input type="checkbox"/>	HIPOTIROIDISMO	<input type="checkbox"/>	DROGAS	<input type="checkbox"/>
OTROS ANTECEDENTES	_____				

CIRUGÍAS _____

CAIDAS N° (6 meses/1 año)
 Causa y consecuencias _____

PARÁMETROS

PA	FR	FC	SATO2	TALLA	HGT
PESO	IMC	DOLOR			

OBSERVACIONES _____

MEDICAMENTOS

DOSIS

VALORACIÓN DE FRAGILIDAD

PÉRDIDA PESO	<input type="checkbox"/>	DEBILIDAD	<input type="checkbox"/>
ACT. FÍSICA	<input type="checkbox"/>	VEL. MARCHA	<input type="checkbox"/>
FATIGA	<input type="checkbox"/>		

CLASIFICACIÓN

NORMAL PRE FRÁGIL FRÁGIL

EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL

PRESENTA:

Agitación	<input type="checkbox"/>	Alucinaciones	<input type="checkbox"/>
Agresividad	<input type="checkbox"/>	Rechazo a tratamiento	<input type="checkbox"/>
Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/>	Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>
Apatía	<input type="checkbox"/>	Dificultad en el lenguaje	<input type="checkbox"/>

Otro:

DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA

SI NO

EVALUACIÓN GENERAL

Cabeza y cuello

Tórax

Abdomen

Extremidades

Genitales

Visión

Audición

Marcha

Piel

OBSERVACIONES

EL USUARIO PODRÍA VIVIR DE FORMA **INDEPENDIENTE Y AUTOVALENTE** EN UN ESTABLECIMIENTO DE LARGA ESTADÍA PARA EL ADULTO MAYOR:

SI NO

CERTIFICA LA PRESENTE EVALUACIÓN:

NOMBRE	
RUT	
TIMBRE Y FIRMA	