

FORMULARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA PARA ADMISIÓN

FECHA

Enviar este formulario por fax, e-mail o personalmente al Instituto IMAR de **lunes a viernes de 8 a 21 hs. y sábados de 9 a 13 hs.** en calle **42 N° 381** o al Fax **54.221.4824226** o al E-mail gerenciaadministrativa@institutoimar.com.ar

EN IMAR RECIBIDO POR:

PROFESIONAL QUE REALIZA LA EVALUACIÓN MÉDICA

NOMBRE: _____

MATRÍCULA N°: _____ ESPECIALIDAD: _____

DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO

DNI:

DOMICILIO:

OCUPACIÓN:

OBRA SOCIAL:

N°

NOMBRE DEL FAMILIAR A CARGO O A CONTACTAR:

TELÉFONO DEL FAMILIAR A CARGO O A CONTACTAR: FIJO

FIJO _____ CELULAR _____

CLÍNICA/HOSPITAL

CLÍNICA/HOSPITAL DONDE SE ENCUENTRA INTERNADO:

DOMICILIO DE CLÍNICA U HOSPITAL DONDE SE ENCUENTRA INTERNADO:

CIUDAD: _____ PCIA: _____

SECTOR DE INTERNACIÓN: PISO ____ UTI UNIDAD STROKE OTRO: _____

HABITACIÓN N°: _____

CONTACTO MÉDICO NOMBRE: _____

MATRÍCULA N°: _____ ESPECIALIDAD: _____

SOLICITUD DE INTERNACIÓN EN:

- PISO DE INTERNACIÓN
 UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES - UCE



COMPLETAR POR UN PROFESIONAL MÉDICO

DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

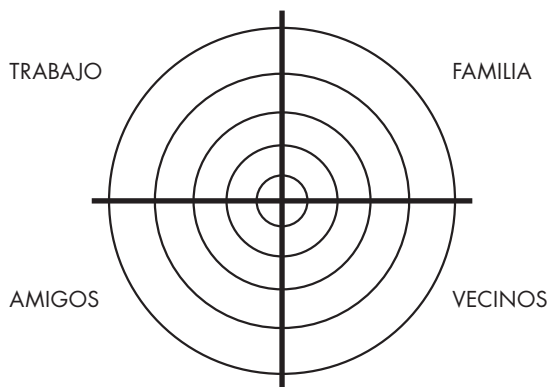
N° DE HC:	FECHA DE INGRESO:
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	
FECHA QUE PADECIÓ LA LESIÓN:	
FECHA ESTIMADA DE ALTA MÉDICA Y SOLICITUD DE DERIVACIÓN:	
MÉDICO DE CABECERA O PROFESIONAL A CARGO:	
MATRÍCULA N°:	ESPECIALIDAD:

ENFERMEDAD ACTUAL

DESCRIBIR ADEMÁS LA DISCAPACIDAD RESIDUAL Y/O PERDIDA FUNCIONAL)

FAMILIA Y ENTORNO

VINCULO NUTRICIO



GENOGRAMA FAMILIAR _____

ASPECTOS FÍSICO ESPIRITUALES / RELIGIÓN: _____

TRABAJO / PROFESIÓN: _____



REHABILITACIÓN
EN NEUROLOGÍA
Y TRAUMATOLOGÍA
DE ALTA COMPLEJIDAD

IMAR
INSTITUTO MÉDICO
ARGENTINO
de REHABILITACION

COMPLETAR POR UN PROFESIONAL MÉDICO

DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Nº DE HC:	FECHA DE INGRESO:
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	
FECHA QUE PADECIÓ LA LESIÓN:	
FECHA ESTIMADA DE ALTA MÉDICA Y SOLICITUD DE DERIVACIÓN:	
MÉDICO DE CABECERA O PROFESIONAL A CARGO:	
MATRÍCULA N°:	ESPECIALIDAD:

VIVIENDA

SIN SERVICIOS BÁSICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
DIFICULTADES DE ACCESO:				
PB <input type="checkbox"/>	ASCENSOR <input type="checkbox"/>	1º PISO POR ESCALERA <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	
MAYOR DIFICULTAD:				
DUEÑO SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ALQUILA SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIPO:
GERIÁTRICO <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO <input type="checkbox"/>	CASA <input type="checkbox"/>		

AUTONOMÍA

ALIMENTACIÓN	DIURESIS	FECAL	HIGIENE	VESTIDO	MOVILIDAD
<input type="checkbox"/> SOLO	<input type="checkbox"/> CONTINENTE	<input type="checkbox"/> CONTINENTE	<input type="checkbox"/> SOLO	<input type="checkbox"/> SOLO	<input type="checkbox"/> SOLO
<input type="checkbox"/> CON AYUDA	<input type="checkbox"/> INCONT. PARC.	<input type="checkbox"/> INCONT. PARC.	<input type="checkbox"/> CON AYUDA	<input type="checkbox"/> CON AYUDA	<input type="checkbox"/> CON AYUDA
<input type="checkbox"/> INCAPAZ	<input type="checkbox"/> INCONTINENTE	<input type="checkbox"/> INCONTINENTE	<input type="checkbox"/> INCAPAZ	<input type="checkbox"/> INCAPAZ	<input type="checkbox"/> NINGUNA
<input type="checkbox"/> ASINTOMÁTICO, ACTIVIDAD NORMAL <input type="checkbox"/> SINTOMÁTICO, AMBULATORIO, REALIZA LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS <input type="checkbox"/> SINTOMÁTICO, EN CAMA MENOS DEL 50% DEL DÍA <input type="checkbox"/> SINTOMÁTICO, EN CAMA MAS DEL 50% DEL DÍA <input type="checkbox"/> NO SE LEVANTA Y PUEDE NECESITAR INTERNACIÓN					

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> ASMA / EPOC	<input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/> ENF. VASCULAR	<input type="checkbox"/> DISNEA ESFUER.
<input type="checkbox"/> HIPOTENSIÓN	<input type="checkbox"/> ANGINA PECHO	<input type="checkbox"/> DESFRIBILADOR	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS	<input type="checkbox"/> ARRITMIAS	<input type="checkbox"/> DISNEA EJERC.
<input type="checkbox"/> PALPITACIONES	<input type="checkbox"/> MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> TABAQUISMO	<input type="checkbox"/> PSIQUIATRICOS	<input type="checkbox"/> SOPLOS	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA
<input type="checkbox"/> INS. CARDÍACA	<input type="checkbox"/> ENF. VASCULAR PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> ALERGIAS	<input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> CAIDAS	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA

OBSERVACIONES:

LESIONES CUTÁNEAS:..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LOCALIZACIÓN: _____	GRADO ESTADÍO: _____
COLCHÓN ANTIESCARAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INFECCIONES:..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LOCALIZACIÓN: _____
TRATAMIENTO: _____	FECHA INICIO: _____	FECHA FINALIZACIÓN: _____
SUBHEPARINIZACIÓN:..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PSIQUIÁTRICO:..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONTROLADO:..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DETERIORO COGNITIVO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DETERIORO EJECUTIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	USA PAÑALES:..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OXIGENO:..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REQUERIMIENTO DE ASIST. RESPIRATORIA MECÁNICA-ARM:.. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
REQUERIMIENTO DE BPAP SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		



REHABILITACIÓN
EN NEUROLOGÍA
Y TRAUMATOLOGÍA
DE ALTA COMPLEJIDAD

IMAR
INSTITUTO MEDICO
ARGENTINO
de REHABILITACION

COMPLETAR POR UN PROFESIONAL MÉDICO

¿POSEE EQUIPAMIENTO ORTOPÉDICO?

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁLES?:.....	SILLA DE RUEDAS <input type="checkbox"/>	CAMA ORTOPÉDICA <input type="checkbox"/>
GRÚA HIDRÁULICA <input type="checkbox"/>	ALMOHADÓN ANTIESCARAS <input type="checkbox"/>		PRÓTESIS DE MIEMBRO SUP <input type="checkbox"/>	
PRÓTESIS DE MIEMBRO INF <input type="checkbox"/>	ORTESIS DE MS <input type="checkbox"/>		ORTESIS DE MI <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES:				

LABORATORIO

FECHA	/ /	/ /	/ /
HTO.	/ /	/ /	/ /
HB.	/ /	/ /	/ /
GB.	/ /	/ /	/ /
GLUC.	/ /	/ /	/ /
UREA.	/ /	/ /	/ /
CREAT.	/ /	/ /	/ /
ORINA	/ /	/ /	/ /
GLUC.	/ /	/ /	/ /

GASES EN SANGRE

FECHA	/ /	/ /	/ /
PH	/ /	/ /	/ /
PO2	/ /	/ /	/ /
PCO2	/ /	/ /	/ /
HCO3	/ /	/ /	/ /
SAT O2	/ /	/ /	/ /
A/A	/ /	/ /	/ /
FIO2	/ /	/ /	/ /

PROTEINOGRAMA ELECTROFORÉTICO

FECHA	/ /	/ /
PROTEÍNAS TOTALES	/ /	/ /
ALBÚMINA	/ /	/ /
ALFA 1 GLOBULINAS	/ /	/ /
ALFA 2 GLOBULINAS	/ /	/ /
BETA GLOBULINAS	/ /	/ /
GAMMA GLOBULINAS	/ /	/ /
PCR	/ /	/ /

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CIRUGÍAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA: ___/___/___	COMENTARIO _____
TRAQUEOSTOMÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA ___/___/___	NRO. CÁNULA _____ RECAMBIO ___/___/___
GASTROSTOMÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA ___/___/___	ALIMENTACIÓN _____
S.NASOGASTRICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA ___/___/___	ALIMENTACIÓN _____
S. VESICAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA ___/___/___	TIPO SONDA _____ NRO. _____
ESCARECTOMÍAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA ___/___/___	COMENTARIO: _____



COMPLETAR POR UN PROFESIONAL MÉDICO

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

TAC.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA _/ _/ _	CONCLUSIÓN _____
RNM.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA _/ _/ _	CONCLUSIÓN _____
ECG.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA _/ _/ _	CONCLUSIÓN _____
VIDEODEGLUCIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA _/ _/ _	CONCLUSIÓN _____
OTRO.....		FECHA _/ _/ _	CONCLUSIÓN _____
OTRO.....		FECHA _/ _/ _	CONCLUSIÓN _____
OTRO.....		FECHA _/ _/ _	CONCLUSIÓN _____
OTRO.....		FECHA _/ _/ _	CONCLUSIÓN _____

INTERCONSULTAS REALIZADAS POR ESPECIALIDAD

COMENTARIO:

MEDICACIÓN ACTUAL

FECHA	MEDICACION	DOSIS	VIA	HORARIO

COMENTARIO:

PLAN TERAPÉUTICO INDICADO

<input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> FONOAUDIOLÓGÍA	<input type="checkbox"/> MAGNETOTERAPIA	<input type="checkbox"/> ELECTRO ANALGESIA
<input type="checkbox"/> GIMNASIO TERAPÉUTICO	<input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/> ELECTROESTIMULACIÓN	<input type="checkbox"/> ULTRASONIDO
<input type="checkbox"/> HIDROTERAPIA	<input type="checkbox"/> ENTRENAMIENTO EN AVD	<input type="checkbox"/> PARAFINOTERAPIA	<input type="checkbox"/> MASOTERAPIA
<input type="checkbox"/> ESTIMULACIÓN COGNITIVA.	<input type="checkbox"/> REHAB. ANAL. TREN SUP.	<input type="checkbox"/> IONTOFORESIS	<input type="checkbox"/> LASERTERAPIA
<input type="checkbox"/> TERAPIA FÍSICA	<input type="checkbox"/> FES		



COMPLETAR POR UN PROFESIONAL MÉDICO

OBJETIVOS

COMENTARIO:

PROGRAMA DE INTERNACIÓN INDICADO

MÓDULOS

- MODULO DE INTERNACION INTENSIVA MULTIDISCIPLINARIA EN PISO
- MODULO DE INTERNACION CON TRATAMIENTO SEMIINTENSIVO EN PISO
- MODULO DE INTERNACION EN UCE (UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES)
- MODULO DE INTERNACION EN UCE CON ARM (ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA)

SUB MÓDULOS

- CUIDADO TRAQUEOSTOMIA
- VEJIGA NEUROGENICA
- NUTRICION ENTERAL
- CURACION DE HERIDAS CRONICAS Y ULCERAS POR PRESION
- EVALUACION Y REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA
- OXIGENOTERAPIA
- ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA
- BPAP

APELLIDO Y NOMBRE

MATRÍCULA

FIRMA