

CASA DEL CARMEN

Fecha:

FO-CH-02

No. de Solicitud:

FORMATO DE ADMISIÓN AL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL CARMEN

Casa Hogar Casa de Día

DATOS GENERALES

Nombre: Apellidos:

Fecha de nacimiento: Ciudad natal:

Teléfono de Teléfono celular:

Ocupación: NSS:

¿Se encuentra asociado a una institución de salud? Si No ¿Cuál?

Escolaridad: ¿Está afiliado a un programa social? Si No ¿Cuál?

Sexo: Masculino Femenino Estado civil Casado (a) Divorciado (a) Soltero (a) Viudo (a) Religión: Católica Apostólica Cristiana Otra: Hijos: Si No ¿Cuántos? ¿Todos de acuerdo con el ingreso?
Hermanos: Si No ¿Cuántos?

Calle y número

Colonia y código postal

Ciudad

Estado

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre: Apellidos:

Parentesco: Hijo (a) Teléfono de casa:
Hermano(a) Teléfono celular:
Sobrino(a)
Otro:

Calle y número

Colonia y código postal

Ciudad

Estado

Nombre: Apellidos:

Parentesco: Hijo (a) Teléfono de casa:
Hermano(a) Teléfono celular:
Sobrino(a)
Otro:

Calle y número

Colonia y código postal

Ciudad

Estado

DATOS GENERALES DEL ESTADO DE SALUD

Enfermedades Diagnosticadas

Diabetes Tipo I	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Diabetes Tipo II	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Parkinson	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Demencia senil	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cáncer	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros				

Enfermedades psiquiátricas y contagiosas no se realiza ingreso.

Consumo Medicamento Si No

¿Cuáles?

Utiliza silla de ruedas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Utiliza andadera	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Utiliza baston	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Postrado en cama	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tiene úlceras por presión	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Utiliza pañal	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ayuda para asistir al baño	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ayuda para bañarse	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ayuda para comer	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ayuda para vestirse	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Protesis dental	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Dieta habitual				
Comida normal	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Comida blanda	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Comida líquida	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIÓN