EVALUACIÓN MÉDICA POSTULACIÓN CONVENIO FONASA

|  |
| --- |
|  |

 Fecha de Evaluación

DATOS DEL ADULTO MAYOR:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | RUN: |  |
| Dirección: |  |
| Fecha deNacimiento: |  | Edad: |  |

ANTECEDENTES MÓRBIDOS

|  |  |
| --- | --- |
| Hipertensión Arterial |  |
| Diabetes Mellitus |  |
| Cáncer |  |
| TBC Activo |  |
| Cardiopatías |  |
| Enf. Psiquiátrica |  |
| Enf. Neurológica |  |

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (Nombre y dosis)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

EXAMEN FÍSICO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F. Cardiaca: |  | P. Arterial: |  | F. Respiratoria: |  |
| Visión: |  |
| Audición: |  |
| Marcha: |  |
| Lenguaje: |  |
| Cabeza/cuello: |  |
| Tórax: |  |
| Columna: |  |
| Abdomen: |  |
| Piel:(Zona y grado en caso de LPP) |  |

APLICACIÓN DE ESCALAS

|  |  |
| --- | --- |
|  | PUNTAJES |
| Cuestionario de Pfeiffer |  |
| Índice de Barthel |  |

EVENTOS ADVERSOS: Enfermedades físicas agudas o crónicas que requieran de hospitalización; trastornos psiquiátricos, de personalidad o ánimo; adicciones o consumo de sustancias (indicar tiempo de abstinencia).

|  |
| --- |
|  |

APRECIACIÓN MÉDICA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| ¿El AM requiere de cuidados hospitalarios, según diagnóstico y tratamiento? |  |  |
| ¿El AM se encuentra en condiciones de ingresar a un ELEAM? |  |  |

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO

|  |
| --- |
|  |

OBSERVACIONES

|  |
| --- |
|  |

Nombre Profesional Médico:

Especialidad Médica:

Firma: