|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE DERIVACIÓN A CENTRO ELEAM** | | |
| **Nombre Paciente** |  | |
| **RUN** |  | |
| **Servicio de Salud (de origen paciente)** |  | |
| **Establecimiento de origen (nombre de establecimiento Hospitalario o APS)** |  | |
| **Sistema de Previsión** |  | |
| **Fecha Ingreso lista de Espera** |  | |
| **Sexo** |  | |
| **Fecha de Nacimiento** |  | |
| **Edad** |  | |
| **Dirección Paciente** |  | |
| **Comuna** |  | |
| **Nombre Apoderado** |  | |
| **Teléfono Apoderado** |  | |
| **Valoración Cognitiva (Pfeiffer)** | 2. Leve |  |
| **3. Moderado** |  |
| **4. Grave** |  |
| **Fecha de la Valoración Cognitiva** |  | |
| **Valoración Funcional (Barthel)** | **1.Dependencia Total** |  |
| **2. Dependencia Severa** |  |
| 3.Dependencia Moderada |  |
| 4. Dependencia Leve |  |
| **Fecha de la Valoración Funcional** |  | |
| **Observaciones** |  | |
| **Responsable de la información** |  | |
| **Teléfono directo** |  | |
|  |  | |

**Fecha:**

**Nombre y firma Hospital**

**Fecha recepción ELEAM:**

**Nombre y firma ELEAM**