

FICHA DE INGRESO DEL RESIDENTE A UN ELEM

Fecha: ____ / ____ / ____

ANTECEDENTES GENERALES

Nombre y Apellido: _____

Rut: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Género: Masculino Femenino

Dirección: _____

Comuna: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Nombre tutor o familiar a cargo: _____

Relación de parentesco: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

En Caso de Emergencia comunicarse con:

1) _____ Teléfono: _____

2) _____ Teléfono: _____

SALUD y CONTROL

Signos Vitales:

Presión Arterial	Pulso	Temperatura	Frecuencia Respiratoria

MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA

Peso	Altura (Talla)

Grupo Sanguíneo: (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	AB	<input type="checkbox"/>	O (universal)
<input type="checkbox"/>	RH Positivo			<input type="checkbox"/>	RH Negativo		

1) **¿Tiene alguna enfermedad crónica?** (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

Indicar cuál (Sólo si su respuesta fue Si)

2) **¿Posee algún tipo de discapacidad?** (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

3) **¿Qué tipo de discapacidad presenta?**

<input type="checkbox"/>	Auditiva	<input type="checkbox"/>	Física
<input type="checkbox"/>	Mental	<input type="checkbox"/>	Visual

4) **¿Toma algún remedio?** (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

Indicar cuál (Sólo si su respuesta fue Si)

Indicar horario o frecuencia con la que debe tomar el remedio

5) **¿A qué fondo de salud pertenece?** (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

Fonasa Isapre Otro Indicar cuál _____
(Sólo si su respuesta fue Si)

6) **¿En qué consultorio se atiende?**

(NOTA: En caso de recibir atención en un consultorio de atención primaria, es importante tener el número de ficha)

7) **¿Tiene algún seguro de Salud?** (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

SI NO Indicar cuál _____
(Sólo si su respuesta fue Si)

8) **¿Consume Alcohol?** (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

SI NO

Indicar con que frecuencia _____
(Sólo si su respuesta fue Si)

9) **¿Consume Tabaco?** (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

SI NO

Indicar con que frecuencia _____
(Sólo si su respuesta fue Si)

10) **¿Alérgico a algún alimento?** (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

SI NO

Indicar cuál _____
(Sólo si su respuesta fue Si)

11) ¿Alérgico a algún medicamento? (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

SI NO

Indicar cuál _____
(Sólo si su respuesta fue Si)

12) ¿Alérgico al látex? (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

SI NO

ESCOLARIDAD

Nivel Educativo (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

Superior completa	
Superior incompleta	
Media completa	
Media incompleta	
Básica completa	
Básica incompleta	
Sin Estudios formales	

Nivel de Alfabetismo (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

Lee y escribe	
Lee y no escribe	
No lee y no escribe (desuso)	
No lee y no escribe (Analfabeto)	
Suma y resta	

VIVIENDA

Tenencia de vivienda (marcar con una X en el cuadro que corresponda)

Arrenda	
Allegado	
Casa Propia	

OBSERVACIONES GENERALES DEL RESIDENTE

Red ELEAM ha elaborado este documento y lo pone a tu disposición para que te pueda ayudar en tu gestión.

Cada uno de ellos debe adecuarse específicamente a la necesidad de tu ELEAM.

Los documentos están en formato PDF.

Si necesitas los documentos en formato editable, escríbenos a contacto@redeleam.cl