

FICHA CLÍNICA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

❖ IDENTIFICACIÓN:

<b>Nombre</b>	
<b>RUT</b>	
<b>Fecha Nacimiento</b>	
<b>Fecha ingreso</b>	
<b>Familiar de contacto</b>	
<b>Teléfonos</b>	

❖ ANTECEDENTES SOCIALES

<b>Estado civil</b>	
<b>Grupo familiar nuclear</b>	
<b>Breve historia familiar</b>	
<b>Escolaridad</b>	
<b>Ocupacion/Oficio</b>	

❖ ANTECEDENTES BIOMÉDICOS

<b>Enfermedades crónicas</b>

<b>Antecedentes quirúrgicos</b>	
<b>Fármacos uso regular</b>	
<b>Alergias</b>	
<b>Hábitos</b>	
<b>Tabaco:</b>	<b>OH:</b>
<b>INMUNIZACIONES</b>	

<b>Coronavirus:</b>	<b>Influenza :</b>	<b>Pneumo:</b>
<b>Exámenes de Laboratorio:</b>		
<b>Imágenes:</b>		
<b>Controles con especialistas:</b>		

❖ ANTECEDENTES Y EVALUACIÓN FUNCIONAL

<b>BARTHEL:</b>	<b>/100</b>	<b>Falla en:</b>
<b>LAWTON:</b>	<b>/8</b>	<b>Falla en:</b>

<b>Velocidad de marcha</b>	
<b>Dinamometría</b>	
<b>TUG</b>	
<b>Prueba de la silla</b>	

<b>SINDROMES GERIATRICOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Memoria:</li> <li>● Ánimo</li> <li>● Sueño:</li> <li>● Masticación:</li> <li>● Deglución:</li> <li>● <b>Apetito:</b>                      <b>Régimen</b></li> <li>● <b>Baja peso:</b>                      <b>Peso:</b>                      <b>Altura:</b></li> <li>● Incontinencia urinaria:</li> <li>● Incontinencia fecal:</li> <li>● Polifarmacia:</li> <li>● Ayudas técnicas:</li> <li>● Déficit visual:</li> <li>● Déficit auditivo:</li> <li>● Caídas:</li> <li>● Trastorno Marcha:</li> </ul>	

❖ **ANTECEDENTES Y EVALUACIÓN MENTAL**

<b>COGNITIVO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Antecedentes de Deterioro Cognitivo:</b></li> </ul>

- **Pesquisa:**
  - **MIS:**
  - **Reloj:**
  
- **Antecedentes de Delirium en hospitalizaciones:**

#### **AFECTIVO**

- **Antecedentes de trastorno de ánimo:**
  
- **Pesquisa:**
  - **Yesavage:**
  - **Cornell:**

### **PLANES DE TRATAMIENTO**

#### **BIOMÉDICO**

--

<b>FUNCIONAL</b>

**MENTAL**

**SOCIAL**