

FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA PAM

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA PAM																																																																							
Fecha: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		Hora: <input style="width: 40px;" type="text"/>		HCl: <input style="width: 60px;" type="text"/>																																																																			
DATOS GENERALES																																																																							
Apellidos: <input style="width: 300px;" type="text"/>		Nombres: <input style="width: 200px;" type="text"/>		Sexo: M <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> F <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Edad <input style="width: 30px;" type="text"/>																																																																			
Lugar de Nacimiento: <input style="width: 300px;" type="text"/>		Procedencia: <input style="width: 200px;" type="text"/>		F. Nac: <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																			
Grado de instrucción: <input style="width: 300px;" type="text"/>		Estado civil: <input style="width: 200px;" type="text"/>		Grupo sanguíneo: <input style="width: 100px;" type="text"/> Rh: <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																																			
Domicilio: <input style="width: 300px;" type="text"/>		Teléfono: <input style="width: 200px;" type="text"/>		Ocupación: <input style="width: 200px;" type="text"/>																																																																			
Familiar o cuidador responsable: <input style="width: 800px;" type="text"/>																																																																							
ANTECEDENTES																																																																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">ANTECEDENTES PERSONALES</th> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">ANTECEDENTES FAMILIARES</th> </tr> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hipertensión Arterial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hepatitis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tuberculosis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dislipidemias (Colesterol Alto)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hospitalizado el último año</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Osteoartritis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Transfusiones</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ACV (Derrame Cerebral)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Intervención quirúrgica</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Accidentes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>♀ Cáncer de cérvix/mama</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>♂ Cáncer de próstata</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						ANTECEDENTES PERSONALES			ANTECEDENTES FAMILIARES				SI	NO		SI	NO	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV (Derrame Cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				♀ Cáncer de cérvix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				♂ Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ANTECEDENTES PERSONALES			ANTECEDENTES FAMILIARES																																																																				
	SI	NO		SI	NO																																																																		
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
ACV (Derrame Cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
♀ Cáncer de cérvix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
♂ Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Descripción de antecedentes y otros: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>																																																																							
Medicamento/s de uso frecuente																																																																							
N°	Nombre	Dosis	Observaciones																																																																				
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>																																																																		
Cuál?																																																																							

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE LA PAM

VALORACIÓN SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN					
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR BREVE - VACAM BREVE (I-1)					
VALORACIÓN FUNCIONAL:	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	VALORACIÓN NUTRICIONAL		
	DEPENDIENTE PARCIAL	<input type="checkbox"/>	ADELGAZADO	<input type="checkbox"/>	
	DEPENDIENTE TOTAL	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	
VALORACIÓN MENTAL:	NORMAL	<input type="checkbox"/>	SOBREPESO	<input type="checkbox"/>	
	DETERIORO COGNITIVO LEVE	<input type="checkbox"/>	OBESO	<input type="checkbox"/>	
	DETERIORO COGNITIVO MODERADO	<input type="checkbox"/>			
	DETERIORO COGNITIVO SEVERO	<input type="checkbox"/>			
VALORACIÓN SOCIAL:	EXISTE RIESGO SOCIAL	<input type="checkbox"/>			
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR CORTA - VACAM CORTA (I-2;I-3;I-4)					
Incluye la valoración breve además de:					
VALORACIÓN AFECTIVA	Sin manifestación depresiva	<input type="checkbox"/>	ODONTOGRAMA	SI	<input type="checkbox"/>
	Con manifestación depresiva	<input type="checkbox"/>		NO	<input type="checkbox"/>
VALORACIÓN DE FRAGILIDAD	Pre-frágil	<input type="checkbox"/>			
	Frágil	<input type="checkbox"/>			
Lista de comorbilidades					
Principales Síndromes y Problemas geriátricos:	Caídas	<input type="checkbox"/>	Fragilidad	<input type="checkbox"/>	Dismovilidad
	Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/>	Deprivación neurosensorial	<input type="checkbox"/>	
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR - VACAM (II-1;II-2)					
Incluye VACAM corto además de:					
VALORACIÓN FUNCIONAL BARTHELL	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>			
	DEPENDIENTE LEVE	<input type="checkbox"/>			
	DEPENDIENTE MODERADO	<input type="checkbox"/>			
	DEPENDIENTE SEVERO	<input type="checkbox"/>			
	DEPENDIENTE TOTAL	<input type="checkbox"/>			
LAWTON AND BRODY	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>			
	DEPENDIENTE LEVE	<input type="checkbox"/>			
	DEPENDIENTE MODERADO	<input type="checkbox"/>			
	DEPENDIENTE SEVERO	<input type="checkbox"/>			
	DEPENDIENTE TOTAL	<input type="checkbox"/>			
VALORACIÓN MENTAL (FOLSTEIN)	NORMAL	<input type="checkbox"/>	SOSPECHA DC	<input type="checkbox"/>	
	DETERIORO COGNITIVO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	DEMENCIA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
VALORACIÓN NUTRICIONAL (MNA)	NORMAL	<input type="checkbox"/>			
	RIESGO DE MALNUTRICIÓN	<input type="checkbox"/>			
	MALNUTRICIÓN	<input type="checkbox"/>			
VELOCIDAD DE LA MARCHA (m/s)					
BATERÍA CORTA DE RENDIMIENTO FÍSICO (SPPB)					
ESCALAS DE EXPECTATIVA DE VIDA Y TERMINALIDAD	Enfermedad avanzada cumple con criterios de terminalidad		SI	<input type="checkbox"/>	NO
				<input type="checkbox"/>	
LISTA DE SÍNDROMES Y PROBLEMAS GERIÁTRICOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA PAM

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO												
CADA CONSULTA		FECHA:										Comentario
Fiebre en los últimos 15 días tos por más de 15 días												
PERIÓDICAMENTE (Anual)		FECHA:										Comentario
Vacunas:	Diftotetánica dT											
	Antiinfluenza (anual)											
	Antineumocócica											
	otras vacunas											
Hábitos y Estilos de Vida	(Colocar Sí o No)											
	Consumo de alcohol											
	Consumo de tabaco											
	Actividad Física											
Salud Ocular												
Colocar Sí o No												
Salud bucal												
Colocar Sí o No												
Evaluación oral en el último año												
Otros exámenes:												
<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div>♀</div> <div>♀</div> <div>♀</div> <div>♂</div> <div>♂♀</div> </div>	Mamas											
	Pélvico y PAP (c/año, c/3 años)											
	Mamografía (c/2 años)											
	Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA											
	Densitometría											
Laboratorio Básico	Hemograma completo											
	Glucosa											
	Urea											
	Creatinina											
	Colesterol											
	Triglicéridos											
	Examen de orina											
Síndromes y Problemas Geriátricos (Colocar SI o NO)												Comentario
Vértigo-mareo												
Delirio												
Síncope												
Dolor crónico												
Deterioro cognitivo												
Fragilidad												
Deprivación Auditiva												
Deprivación Visual												
Insomnio												
Incontinencia urinaria												
Prostatismo (síntomas prostáticos)												
Estreñimiento												
Úlceras de presión												
Riesgo nutricional												
Dismovilidad												
Trastorno del ánimo												
Polifarmacia												
Trastorno de la Marcha y Equilibrio												
Caídas:												
Caídas en el último año												
Caídas (Número de caídas: _____)												
Fracturas												
APELLIDOS Y NOMBRES:										Nº HC		

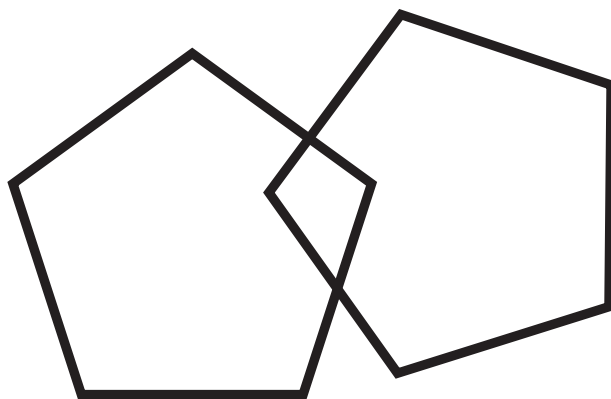
FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA PAM

CONSULTA							
ENFERMEDAD ACTUAL							
Fecha:		Hora:		Edad:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:		Deposiciones:		Pérdida de peso:			
Ex. Físico:	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
Piel:							
TCSC: Edemas				Estado de los pies (pulsos pedios):			
Cabeza y Cuello:							
Cavidad oral:							
Tórax y Pulmones:							
Aparato Cardiovascular:							
Abdómen:							
Aparato Génitourinario:				Tacto Rectal:			
Sistema Nervioso:							
Aparato Locomotor:							
DIAGNOSTICOS:							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> I. FUNCIONAL II. MENTAL </div> <div style="width: 80%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente Parcial <input type="checkbox"/> Dependiente Total <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> 2.1 Estado Cognitivo Normal <input type="checkbox"/> DC Leve <input type="checkbox"/> DC Moderado <input type="checkbox"/> DC Severo <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2.2 Estado Afectivo Sin manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/> Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/> </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 20%;"> III. SOCIO-FAMILIAR IV. FÍSICO </div> <div style="width: 80%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> Bueno <input type="checkbox"/> Riesgo social <input type="checkbox"/> Problema Social <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 1.- 3.- </div> <div style="width: 45%;"> 2.- 4.- </div> </div> </div> </div>							
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:							
(Al final de la primera consulta)							
INDEPENDIENTE		<input type="text"/>		DEPENDIENTE TOTAL		<input type="text"/>	
DEPENDIENTE PARCIAL		<input type="text"/>					
TRATAMIENTO VIA DOSIS				Exámenes auxiliares			
				Referencia (Lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Observación:				(Colegio prof.)			
APELLIDOS Y NOMBRES:						N° HC:	

Mini-Mental State Examination (MMSE) versión NORMACODERM

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION																																											
Nombre y Apellidos:																																											
Fecha nacimiento:														Estudios:																													
¿A que edad finalizó los estudios?:														Sabe leer: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																													
Profesión:														Sabe escribir: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																													
I. ORIENTACIÓN TEMPORAL												II. FIJACIÓN												V. LENGUAJE																			
¿En qué año estamos?												Nombrar 3 objetos,												Señalando el lápiz ¿Qué es esto?																			
¿Qué día del mes es hoy?												a intervalos de 1 segundo												INC				0				COR				1							
¿En qué mes del año estamos?												BICICLETA, CUCHARA, MANZANA												Señalando el reloj ¿Qué es esto?																			
RESPUESTA						REAL						Ahora dígalos usted												INC				0				COR				1							
Día		Mes		Año		Día		Mes		Año								INC				COR								0		1		2									
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	BICICLETA						0				1				Quiero que repita lo siguiente:																	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CUCHARA						0				1				“NI SÍ, NI NO, NI PEROS”																	
2	2		2	2	2	2	2		2	2	2	MANZANA						0				1												0		1							
3	3		3	3	3	3	3		3	3	3							0		1		2		3		Haga lo que le voy a decir																	
	4		4	4	4		4		4	4	4	Repetir los nombres hasta que los aprenda.																				INC				COR							
	5		5	5	5		5		5	5	5													Coja este papel con la mano derecha,								0				1							
	6		6	6	6		6		6	6	6																																
	7		7	7	7		7		7	7	7	III. ATENCIÓN Y CÁLCULO																															
	8		8	8	8		8		8	8	8	Le voy a pedir que reste desde												Dóblelo por la mitad								0				1							
	9		9	9	9		9		9	9	9	100 de 7 en 7																															
¿Qué día de la semana es hoy?												RES				REAL				INC				COR				y déjelo en el suelo								0				1			
RESPUESTA																93				0				1																			
L	M	X	J	V	S	D					86				0				1												0		1		2		3						
REAL																79				0				1				Haga lo que dice aquí:															
L	M	X	J	V	S	D					72				0				1				(mostrar atrás de esta hoja)																				
¿En qué estación del año estamos?																65				0				1				“Cierre los ojos”															
RESPUESTA						REAL								0		1		2		3		4		5										0		1							

PRIMA		PRIMA		Deletree al revés la palabra				Escriba una frase que tenga												
VERANO		VERANO		MUNDO				Sentido (atrás de esta hoja)												
OTOÑO		OTOÑO		RES	REAL	INC	COR					0	1							
INVIER		INVIER			O	0	1	Copie este dibujo (atrás de esta												
	0	1	2	3	4	5		D	0	1	hoja)									
ORIENTACIÓN ESPACIAL					N	0	1					0	1							
¿En qué país estamos?					U	0	1	PUNTUACIÓN TOTAL												
INC	0	COR	1		M	0	1	0	1	2	3									
¿En qué provincia estamos?					0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
INC	0	COR	1	IV. MEMORIA				Puntuación máxima (30)												
¿En qué ciudad estamos?				Dígame el nombre de los tres				EDAD												
INC	0	COR	1	objetos que le nombré antes				E S C O L		≤50	51-75	>75								
¿Dónde estamos ahora?									≤8	0	+1	+2								
INC	0	COR	1	BICICLETA					9-17	-1	0	+1								
¿En qué piso / planta estamos?				CUCHARA					>17	-2	-1	0								
INC	0	COR	1	MANZANA				0	1	PUNTUACIÓN										
	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	CORREGIDA								



CIERRE LOS OJOS

VACAM BREVE

VALORACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR - VACAM BREVE					
I. VALORACIÓN FUNCIONAL					
KATZ	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)		DIAGNÓSTICO FUNCIONAL		
	Dependiente	Independiente			
1. Lavarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>		INDEPENDIENTE	(1)
2. Vestirse	<input type="text"/>	<input type="text"/>		DEPENDIENTE PARCIAL	(2)
3. Uso del Servicio higiénico	<input type="text"/>	<input type="text"/>		DEPENDIENTE TOTAL	(3)
4. Movilizarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
5. Continencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
6. Alimentarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<p>(1) Ningún ítem positivo de dependencia</p> <p>(2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia</p> <p>(3) 6 ítems positivos de dependencia</p>					
II. VALORACIÓN MENTAL					
2.1. ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error					
¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes, año)	<input type="text"/>		VALORACIÓN COGNITIVO		
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>		NORMAL	<input type="text"/>	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>		DC LEVE	<input type="text"/>	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>		DC MODERADO	<input type="text"/>	
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>		DC SEVERO	<input type="text"/>	
¿Dónde nació?	<input type="text"/>		<p>Nota: Colocar un punto por cada error,</p> <p>Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,</p> <p>Nivel educativo alto: se admite un error menos.</p> <p>DC = Deterioro cognitivo, E = errores,</p> <p>- No Deterioro Cognitivo : ≤ 2 E</p> <p>- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E</p> <p>- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E</p> <p>- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E</p>		
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>				
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	<input type="text"/>				
Dígame el primer apellido de su madre.	<input type="text"/>				
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="text"/>				
2.2. ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)					
¿Está satisfecho con su vida?	<input type="text"/>	NO	Colocar una marca (X), si corresponde	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	<input type="text"/>
¿Se siente impotente o indefenso?	<input type="text"/>	SI			
¿Tiene problemas de memoria?	<input type="text"/>	SI			
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	<input type="text"/>	SI		CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	<input type="text"/>
III. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL					
PESO:	TALLA:	IMC:			
ESTADO NUTRICIONAL	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)				
Adelgazado	Menor de 23	<input type="text"/>			
Normal	23.1 a 27.9	<input type="text"/>			
Sobrepeso	28 a 31.9	<input type="text"/>			
Obeso	32 o más	<input type="text"/>			
VI. VALORACIÓN SOCIAL					
Vive acompañado en su domicilio	<input type="text"/>	SI	NO	Cuenta con un tipo de seguro	<input type="text"/>
Pertenece a un red de apoyo social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percibe alguna pensión/salario	<input type="text"/>
Vivienda sin barreras arquitectónicas (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Si es independiente:				SI	NO
acude más de dos veces acompañado(a) al establecimiento de salud.				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si es dependiente parcial:				SI	NO
acude más de dos veces acompañado(a) al establecimiento de salud.				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si es dependiente Total:				SI	NO
cuenta con un cuidador capacitado en evitar complicaciones.				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Se considerará riesgo social si al menos UNA respuesta es NO					
APELLIDOS Y NOMBRES:					N° HC:

V
A
C
A
M

B
R
E
V
E

VACAM CORTA

VALORACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR - VACAM CORTA					
I. VALORACIÓN FUNCIONAL					
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)					
KATZ	Dependiente	Independiente			
1. Lavarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	INDEPENDIENTE	(1)
2. Vestirse	<input type="text"/>	<input type="text"/>		DEPENDIENTE PARCIAL	(2)
3. Uso del Servicio higiénico	<input type="text"/>	<input type="text"/>		DEPENDIENTE TOTAL	(3)
4. Movilizarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(1) Ningún ítem positivo de dependencia		
5. Continencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia		
6. Alimentarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(3) 6 ítems positivos de dependencia		
II. VALORACIÓN MENTAL					
2.1. ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error					
¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes, año)	<input type="text"/>	VALORACIÓN COGNITIVO			
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>	NORMAL <input type="text"/>			
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>	DC LEVE <input type="text"/>			
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>	DC MODERADO <input type="text"/>			
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>	DC SEVERO <input type="text"/>			
¿Dónde nació?	<input type="text"/>	Nota: Colocar un punto por cada error, Nivel educativo bajo: se admite 1 error más, Nivel educativo alto: se admite un error menos. DC = Deterioro cognitivo, E = errores, - No Deterioro Cognitivo : ≤ 2 E - Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E - Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E - Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E			
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>				
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del	<input type="text"/>				
Dígame el primer apellido de su madre.	<input type="text"/>				
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="text"/>				
2.2. ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)					
¿Está satisfecho con su vida?	<input type="text"/> NO	Colocar una marca (X), si corresponde	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)		<input type="text"/>
¿Se siente impotente o indefenso?	<input type="text"/> SI		CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)		<input type="text"/>
¿Tiene problemas de memoria?	<input type="text"/> SI				
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	<input type="text"/> SI				
III. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL					
PESO:	TALLA:	IMC:			
ESTADO NUTRICIONAL	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)				
Adelgazado	Menor de 23	<input type="text"/>			
Normal	23.1 a 27.9	<input type="text"/>			
Sobrepeso	28 a 31.9	<input type="text"/>			
Obeso	32 o más	<input type="text"/>			
IV. VALORACIÓN DE FRAGILIDAD					
ESCALA DE FRAIL					
¿Está usted cansado?	<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO	PRE FRÁGIL (1 a 2 Respuestas positivas)		<input type="text"/>
¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?	<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO			
¿Es incapaz de caminar una manzana?	<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO	FRÁGIL (3 a mas Respuestas positivas)		<input type="text"/>
¿Tiene más de cinco enfermedades?	<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO			
¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?	<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO			
APELLIDOS Y NOMBRES:					N° HC:

V
A
C
A
M

C
O
R
T
A

V. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE GIJÓN			
Pts.	1. SITUACIÓN FAMILIAR	Pts.	2. SITUACIÓN ECONÓMICA
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	1	Dos Veces el Salario mínimo vital
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Vive con cónyuge de similar edad	3	Un Salario mínimo vital
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (Interior del)	5	Sin pensión, sin otros ingresos
Pts.	3. VIVIENDA	Pts.	4. RELACIONES SOCIALES
1	Adecuada a la necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares,	2	Relación social sólo con familia y vecinos
3	Mala conservación, humedad, mala higiene,	3	Relación social solo con la familia
4	Vivienda semi construida o de material rústico	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
5	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
Pts.	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG,	VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR	
1	No necesita apoyo	<input type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social
2	Requiere apoyo familiar o vecinal	<input type="checkbox"/>	Existe riesgo social
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o	<input type="checkbox"/>	Existe problema social
4	No cuenta con Seguro Social	5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social.	
5	Situación de abandono familiar	10 a 14 pts : Existe riesgo social.	
		≥15 pts : Existe problema social.	

COMORBILIDADES			
	SI	NO	
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
Dislipidemias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes
ACV (derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractura de cadera
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
♀ Cáncer de cérvix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
♂ Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Descripción de antecedentes y otros _____			

PRINCIPALES SÍNDROMES Y PROBLEMAS GERIÁTRICOS			
	SI	NO	
Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución neurosensorial
Caídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auditiva
Dismovilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visual
Fragilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de la marcha
Delirio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia urinaria
Trastorno del ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras por decúbito
Polifarmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio

CONSULTA

FECHA:		HORA:		EDAD:	
Motivo de la consulta:			Tiempo de Enfermedad:		
Apetito:		Sed:		Sueño:	
Orina:		Deposiciones:		Estado de Animo:	
T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:
IMC:					
EX.FISICO:					
DIAGNOSTICO		TIPO DX	CODIGO	TRATAMIENTO	
				Exámenes auxiliares:	
				Referencia (lugar y motivo):	
Próxima Cita:			Firma y Sello: (Colegio prof.)		
Observación:					
CONSULTA					
FECHA:		HORA:		EDAD:	
Motivo de la consulta:			Tiempo de Enfermedad:		
Apetito:		Sed:		Sueño:	
Orina:		Deposiciones:		Estado de Animo:	
T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:
IMC:					
EX.FISICO:					
DIAGNOSTICO		TIPO DX	CODIGO	TRATAMIENTO	
				Exámenes auxiliares:	
				Referencia (lugar y motivo):	
Próxima Cita:			Firma y Sello: (Colegio prof.)		
Observación:					
APELLIDOS Y NOMBRES:				Nº HC	