

LISTA DE ESPERA

1. Datos personales del Paciente

Nombre completo _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ Cédula de Identidad _____ Estado Civil _____

Teléfono _____ / Celular _____ Domicilio _____

Localidad _____ Departamento _____

¿Concorre a algún centro de rehabilitación – educación diurna? Si NO Cual/es _____.

2. Datos médicos del Paciente

Sociedad médica _____

Emergencia médica _____

Patología _____

Médico Tratante _____ Psiquiatra Tratante _____

Antecedentes médicos _____

Operaciones: SI NO En caso afirmativo especificar _____

Enfermedades Crónicas _____

Última descompensación: Fecha _____ Especificaciones _____

Alergias SI NO En caso afirmativo, especifique cuales _____

Medicación que consume: especificar horarios y gramos.

MEDICACIÓN	DÍAS	HORARIOS	GRAMOS

3. Usos y Costumbres del Paciente (Marque con una X los usos o costumbres habituales del paciente)

	Tránsito Lento
	Duerme siesta a media tarde
	Se orina en la noche
	Utiliza Pañales
	Independencia en la alimentación (se alimenta por sí mismo)
	Independencia en el aseo personal (se asea por sí mismo)

4. Situación familiar del Paciente

Personas con las que convive _____

En caso de emergencia avisar a _____ Tel. / Cel. _____

_____ Tel. / Cel. _____

_____ Tel. / Cel. _____

Observaciones _____

- En caso de ingreso, la familia del paciente deberá aportar toda la medicación a consumir y protocolo en caso de descompensación indicada por su médico tratante. No olvidar: pedir al psiquiatra tratante por escrito la medicación a consumir. Centro Abrazarte se reserva el derecho de admisión; dicha ficha es a efectos de evaluación de la empresa; no por completada se tiene la aprobación de ingreso.

5. Datos del familiar/tutor/curador

Nombre completo _____ Tel. _____

Cédula de Identidad _____ Domicilio _____