

PLANILLA DE SOLICITUD DE INTERNACION DOMICILIARIA

F. DE SOLICITUD DE INGRESO:

PACIENTE:

Af. N°:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

TELEFONO:

F. DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

DIAGNOSTICO:

PLAN TERAPÉUTICO

FRECUENCIA

MEDICO DE CABECERA:

ESPECIALISTAS:

ENFERMERIA:

KINESIOLOGIA

Tiempo de Prestación:

2) HISTORIA CLINICA

MOTIVO DE INTERNACION DOMICILIARIA

A) INTERNACION HOSPITALARIA PREVIA

SI - NO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

B) DERIVADO DE AMBULATORIO

SI - NO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES:

De la enfermedad actual

HTA.:

DBT.:

INFECC.:

QUIRURGICOS:

HABITOS: catarsis
 Diuresis
 Alimentación

MEDICAMENTOS:

EXAMEN FISICO

ESTADO DE CONCIENCIA:

<u>Signos vitales: T.:</u>	<u>TA.:</u>	<u>FC.:</u>	<u>FR.:</u>
<u>Balance de Líquidos</u>	<u>Ingresos</u>	<u>Egresos</u>	<u>Balance</u>

PIEL, FANERAS Y TEJIDO CELULAR:

APARATO RESPIRATORIO:

APARATO CARDIOVASCULAR:

ABDOMEN:

EX. GINECOLOGICO:

MIEMBROS:

EXAMEN NEUROLOGICO:

EVOLUCION

EPICRISIS

INDICACIONES

**FIRMA Y SELLO
DEL PROFESIONAL TRATANTE**