

7. Medicación actual

Fecha: indique mes y año

/	/	/	/	/	/
---	---	---	---	---	---

Medicamento

Dosis

Extracto del Decreto N° 159/006

Artículo 3

El Carné del Adulto Mayor debe completarse para toda persona adulta mayor de 65 (sesenta y cinco) años de edad, cuando entra en contacto con un efector de salud.

Artículo 4

La información que contiene debe actualizarse una vez al año, en forma trimestral y cada vez que exista un cambio importante de información. Si en el transcurso de 1 (un) año no se registraron cambios, igualmente deberá actualizarse y confeccionarse un nuevo Carné.

Artículo 5

El Carné del Adulto Mayor será completado por cualquier miembro del equipo básico de salud (médico, enfermera, trabajador social) que conozca las condiciones e información que se solicita en el mismo.

PROGRAMA NACIONAL ADULTO MAYOR

Carné del Adulto Mayor

Decreto N° 159/2006

Este es un documento personal, cuyo contenido es confidencial e intransferible



1. Datos personales (Llenar en letra de imprenta)

Nombres: _____

Apellidos: _____

C.I.: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Institución: _____

Centro de Atención: _____

Zona: _____

Médico referente: _____

Departamento: _____

Familiar o cuidador principal

Nombre: _____

Grado de parentesco: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Fecha de entrega: _____

Los datos relevados en este carné deben registrarse cada vez que existan cambios en la situación y/o información del Adulto Mayor. Si en el transcurso de un año no se registraron cambios se deberá igualmente actualizar la información.

En caso de extravío entregar a: _____

6. Problemas de salud:

Antecedentes quirúrgicos

Fecha: indique mes y año

_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____

Consumo de tabaco y alcohol	SI	NO	Cantidad	Tipo
Ingesta de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Enfermedades crónicas

1	_____
2	_____
3	_____
4	_____
5	_____
6	_____
7	_____

Ingresos hospitalarios

Hospital	Causa	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Situación Física:

Escriba SI o NO en cada casillero

Fecha: indique mes y año

Déficits sensoriales / / / / / / /

Audición

Visión

Salud bucal

Presencia de dientes naturales Usa Prótesis

Problemas de masticación que dificultan alimentación Presencia de caries/ focos sépticos

Visita al odontólogo en el último año Observaciones: _____

Estado Nutricional

Normal

Desnutrido

Sobrepeso / obeso

Talla

Peso

Síndrome Geriátricos

Caídas

Inmovilidad

Úlceras por presión

Trastornos del sueño

Incontinencia urinaria

Incontinencia fecal

Inmunizaciones

Antitetánica

Antigripal

Antineumocócica

2. Situación funcional.

Escriba SI o NO en cada casillero de acuerdo a la respuesta del paciente y/o cuidador.

Tiene dificultades para las siguientes actividades

Fecha: indique mes y año

Actividad básica / / / / / /

Comer

Vestirse

Bañarse

Ir al baño

Arreglarse (ej. Peinarse)

Controlar esfínteres

Mantenerse en pie solo

Sentarse solo

Entrar y salir de la cama

Caminar (si la respuesta es afirmativa preguntar si:)

Usa bastón u otro auxiliar

Usa silla de ruedas independiente

Necesita ayuda para las siguientes actividades

Actividad instrumental

Usar el teléfono

Hacer compras

Tomar la medicación

Arreglar la casa

Lavar la ropa

Usar medios de transporte

Realizar trámites simples

3. Situación Mental

Fecha: indique mes y año

Valoración cognitiva / / / / /

Test de Pfeiffer
Puntuación

Valoración afectiva

Escala de Yessavage
Puntuación

Observaciones

(Utilizar letra imprenta)

4. Situación social

Escriba SI o NO en cada casillero de acuerdo a la respuesta del paciente y/o cuidador.

Fecha: indique mes y año

Situación de la vivienda / / / / /

Propia

Alquilada

Usufructo

Agregado

Residencia/Hogar ancianos

Otros (especificar cuál)

Educación No lee ni escribe Primaria

Secundaria Superior

Otros

Soporte social

Familia

Redes de apoyo

Vive con:

Participación en actividades y grupos

Recreativas/culturales

Religiosas

Club/Asoc. Jubilados

Físicas/Gimnasia

Otras (especificar cuál)

1. Datos personales (Llenar en letra de imprenta)

Nombres: _____

Apellidos: _____

C.I.: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Institución: _____

Centro de Atención: _____

Zona: _____

Médico referente: _____

Departamento: _____

Familiar o cuidador principal

Nombre: _____

Grado de parentesco: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Fecha de entrega: _____

Los datos relevados en este carné deben registrarse cada vez que existan cambios en la situación y/o información del Adulto Mayor. Si en el transcurso de un año no se registraron cambios se deberá igualmente actualizar la información.

En caso de extravío entregar a: _____

6. Problemas de salud:

Antecedentes quirúrgicos

Fecha: indique mes y año

_____	/	/
_____	/	/
_____	/	/
_____	/	/

Consumo de tabaco y alcohol	SI	NO	Cantidad	Tipo
Ingesta de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Enfermedades crónicas

1	_____
2	_____
3	_____
4	_____
5	_____
6	_____
7	_____

Ingresos hospitalarios

Hospital	Causa	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

