

INFORMACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA ACTIVIDADES PREVENTIVAS SOCIO COMUNITARIAS

Nombre y Apellido:		Nº Afiliado:	
Domicilio:			
Teléfono:		Fecha de Nac.:	
Médico de Cabecera:		Institución de II Nivel:	
¿Tiene otro servicio de Emergencias? Consigne su TE:			
Nombre de la persona a quien recurre en caso de necesidad:			
Vínculo:		Teléfono:	
Domicilio:			

Sr. Afiliado, para el desarrollo de la actividad de la cual usted desea participar es muy importante que el equipo técnico cuente con la información acerca de su estado de salud y los tratamientos que realiza. Esto permitirá que se desarrolle en forma segura y adecuada a sus necesidades personales. Para ello le solicitamos tenga a bien acercarse a su medico de cabecera a fin de que complete el Informe. Si Usted esta de acuerdo en que su medico nos provea esta información, por favor firme a continuación:

Firma de conformidad del afiliado:

Aclaración:

El afiliado participará en un programa que incluye las siguientes actividades (especificar)

Especialmente diseñado, acorde a las circunstancias del grupo etario al que pertenece y /o sus patologías y grado de entrenamiento, el objetivo es estimular las potencialidades remanentes y brindar una instancia de recreación y placer con los cuidados especiales correspondientes; la información que usted nos proporcione no es simplemente una certificación de aptitud , se mantendrá en el lugar de realización de la misma, para orientar la tarea en forma personalizada y para actuar adecuadamente ante alguna dificultad, será mantenida a resguardo por los responsables de la actividad, gracias por su información.

Responsable Institucional de la Actividad:		
Área:		TE:
Cardiovascular:		Respiratorio:
Digestivo:		Estado cognitivo CDR 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Nervioso:		Origen del deterioro:
Osteo músculo articular:		Vascular <input type="checkbox"/> Degenerativo <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Endocrino - Metabólico:		Visión / Audición:
Cirugías		Alergias:
Marcha - Equilibrio - Caidas - Accidentes:		Piel:
Medicación actual:		Génito urinario
		Otros antecedentes:
		Indicaciones especiales:

¿Considera Usted. al afiliado apto para realizar esta actividad?

SI NO

¿Desea realizar algún aporte complementario con respecto a las posibilidades y/o limitaciones que presenta actualmente su paciente para realizar la actividad propuesta? Asimismo rogamos a Usted nos informe oportunamente cualquier cambio observado o referido por su paciente que limite o contraindique la prosecución de la misma, así como agradeceremos a Usted información sobre cambios positivos atribuibles a la actividad

Firma y Sello:

Lugar:

Fecha: