

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INTERNACION

Formulario a llenar por el médico derivante o médico que solicita la internación



DATOS DEL PACIENTE	
Nombre y Apellido	
DNI	
Obra Social, seguro médico o ART:	
Numero de afiliado	
Plan de obra social (si corresponde)	
Edad (años)	
Nombre del familiar responsable:	
Vinculo	esposa/o ☐ Hijo/a ☐ otro:
Teléfono contacto familiar	
teléfono particular familiar (celular)	
Mail familiar	
Datos del derivante	
Médico derivante	
mail	
Internado en:	Domicilio ☐ Intitucion ☐
Datos de la institución	
Institucion	
Mail institucional	
Telefono de contacto	
Diagnostico de ingreso a la institución _____	
Fecha de última internacion	____/____/____
Diagnosticos secundarios _____	
Comorbilidades _____	
Diagnostico actual: _____	
Medicacion actual _____	

Complejidad del paciente					
Requiere ventilacion mecanica	si	☐	no	☐	
Datos de ventilacion mecanica					
Parametros ventilatorios (VT, FR, FIO2, PEEP, IPAP, EPAP, PSV)					
Destete Dificultoso	si	☐	no	☐	
Otros datos					
Traqueostomia	si	☐	no	☐	
Oxigenoterapia	si	☐	no	☐	lts:
Alimentacion entral	si	☐	no	☐	
Incontinencia	si	☐	no	☐	
ostomias	si	☐	no	☐	tipo:
glasgow	Motor:		Verbal:		Ocular:
		☐		☐	
infeccion ger. Multiresistente	si	☐	no	☐	tipo:
hisopado rectal	fecha:		positivo	☐	negativo ☐
Ulceras por decubito					
si	☐	no	☐		
Ubicación	talones	☐	sacro	☐	trocanter ☐ otro
Grado	☐	1	☐	2	☐ 3 ☐ 4
Ubicación	talones	☐	sacro	☐	trocanter ☐ otro
Grado	☐	1	☐	2	☐ 3 ☐ 4
Ubicación	talones	☐	sacro	☐	trocanter ☐ otro
Grado	☐	1	☐	2	☐ 3 ☐ 4
Ubicación	talones	☐	sacro	☐	trocanter ☐ otro
Grado	☐	1	☐	2	☐ 3 ☐ 4
 CAICE Firma y sello del medico derivante					