

Ingreso hospitalario en el último año. <input type="checkbox"/>	Cambio reciente de domicilio. (< año). <input type="checkbox"/>			
Afección crónica invalidante.				
EVC con secuelas. <input type="checkbox"/>	IAM o ICC reciente (< 6 meses). <input type="checkbox"/>			
Enfermedad osteoarticular. <input type="checkbox"/>	Caídas recurrentes. <input type="checkbox"/>			
Deficit visual severo. <input type="checkbox"/>	Hipoacusia severa. <input type="checkbox"/>			
Síndrome demencial. <input type="checkbox"/>	Síndrome depresivo. <input type="checkbox"/>			
Enfermedad terminal. <input type="checkbox"/>	Otra, especifique. <input type="text"/>			
Problemática social con incidencia en su salud:				
Situación económica precaria o ingresos insuficientes (determinar NSE). <input type="checkbox"/>	Aislamiento geográfico extremo. <input type="checkbox"/>			
Ausencia de persona de apoyo. <input type="checkbox"/>	Puntaje: asigne un puntaje por cada (X): <input type="text"/>			
Clasificación de riesgo de la PAM (OMS).				
Persona mayor de no riesgo PMNR <input type="checkbox"/>	Persona mayor con riesgo PMR <input type="checkbox"/> Considerar sumatoria mayor a 2 de las "X" o demencia o enfermedad terminal o necesidad de atención domiciliaria.			
9.0 Estilo de vida				
Pasado	Presente	Observaciones		
Ingesta de bebidas alcoholicas. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tabaquismo. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ingesta de bebidas con cafeína. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otras adicciones (incluirl consumo de drogas). <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ejercicio. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10.0 Signos vitales y antropometría:				
Frecuencia Cardiaca (pulso): <input type="text"/>	Frecuencia respiratoria: <input type="text"/>	Temperatura: <input type="text"/>		
Peso: <input type="text"/>	Estatura: <input type="text"/>	Índice de masa corporal (IMC): <input type="text"/>		
Índice cintura-cadera (ICC): <input type="text"/>	Circunferencia pantorrilla: <input type="text"/>	Glucosa capilar: <input type="text"/>		
11.0 Percepción del paciente: ¿Cuál es su religión? <input type="text"/>				
Percepción de envejecimiento: (en una escala de 1 a 10, donde 10 es lo mejor posible y 1 lo peor posible) el grado en el que considera que su envejecimiento está transcurriendo satisfactoriamente. Anote la respuesta: <input type="text"/>				
Felicidad: (en una escala de 1 a 10, donde 10 es lo mejor posible y 1 lo peor posible) el grado en el que considera que es feliz. Anote la respuesta: <input type="text"/>				
Necesidades percibidas: ¿Cuáles son sus necesidades? Siendo que una necesidad es todo aquello que resulta indispensable para vivir en un estado adecuado. <input type="text"/>				
Atención a mi salud: <input type="checkbox"/> Convivir con más personas: <input type="checkbox"/> Aprender nuevas cosas: <input type="checkbox"/> Ocupar mi tiempo: <input type="checkbox"/> Envejecer activamente: <input type="checkbox"/> No necesito nada: <input type="checkbox"/>				
Imagen/auto-concepto: ¿Cuál es la imagen que tiene de sí mismo? <input type="text"/>				
Divertido <input type="checkbox"/> Reservado <input type="checkbox"/> Abierto <input type="checkbox"/> Comprensivo <input type="checkbox"/> Poco tolerante <input type="checkbox"/> Melancólico <input type="checkbox"/> Feliz <input type="checkbox"/> Otro << especifique >> <input type="text"/>				
Gustos: ¿Cuál es la imagen que tiene de sí mismo? <input type="text"/>				
Imagen/auto-concepto: ¿Cuáles son sus gustos? <input type="text"/>				
Estar con la familia: <input type="checkbox"/> Estar con mis amigos: <input type="checkbox"/> Conocer nuevas cosas y personas: <input type="checkbox"/> Viajar: <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio: <input type="checkbox"/> Apoyar a otras personas: <input type="checkbox"/>				
Capacidades / cualidades / habilidades / virtudes. ¿Cuáles son las capacidades? ¿Para qué es bueno (a)? <input type="text"/>				
12.0 Evaluación Gerontológica Integral:				
Instrumento	Fecha de aplicación	Puntaje	Interpretación	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
13.0 Análisis Gerontológica Integral:				

14.0 Diagnóstico Gerontológico Integral		
15.0 Clasificación Funcional		
Área Física	Área mental	Área social
Independiente <input type="checkbox"/> Semidependiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/> Semidependiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/> Semidependiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
16.0 Observaciones globales: (no olvidar anotar diagnósticos médicos, problemas de salud percepción subjetiva, seguido de su tiempo de evolución en años y meses).		
17.0 Plan de Intervención Gerontológico Integral « De acuerdo a gustos, preferencias y Modelo de Atención Centrada en la Persona »		
18.0 Sugerencias de otro tratamiento farmacológico o referencia a algún servicio interno o externo:		
Elaboró	19.0 Autorización	Autorizó
Pasante/estudiante en Gerontología.	Coordinación Gerontología	
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 25px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 25px; margin: 0 auto;"></div>	
Nombre completo y Firma	Nombre completo y firma	

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO: CIU-GER-01, CIU-GER-02 y CIU-GER-03

Nota: El llenado de éste formato será con bolígrafo con tinta negra.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1.	Nombre completo:	Registrar nombre completo (Apellido paterno, apellido materno y Nombre (s))
2.	Número de expediente:	Registrar el número del expediente clínico
3.	Fecha:	Registrar la fecha del día de ingreso al servicio
4.	Interrogatorio:	Registrar con una X si el interrogatorio es directo o indirecto
5.	Escolaridad:	Registrar escolaridad en años
6.	Edad:	Registrar edad en años cumplidos
7.	Clasificación de la PAM:	Registrar con una X en alguno de los dos cuadros del 1 al 5
8.	Utilización de ayudas funcionales:	Registrar con una X en alguno de los dos cuadros del 1 al 7
9.	Aspectos socioeconómicos:	Registrar ocupación anterior
10.	Ingresos económicos mensuales	Registrar cantidad aproximada mensual, fuente de ingreso y si percibe o no pensión
11.	Tipo	Registrar con una X en alguno de los dos cuadros del 1 al 2
12.	Servicio médico	Registrar con una X en alguno de los dos cuadros del 1 al 5
13.	Motivo de atención gerontológica	Registrar con una X en alguno de los dos cuadros del 1 al 4
14.	Observación primaria	Describir el habitus exterior
15.	Autorreporte del estado de salud y problemáticas frecuentes	Registrar con una X uno o varios recuadros del 1 al 16
16.	Otras problemáticas aparentes, referidas por el usuario	Registrar los datos de la problemática lo referido por el usuario
17.	Otras problemáticas aparentes, identificadas en el interrogatorio	Registrar los datos de la problemática lo referido por el pasante
18.	Tratamiento farmacológico	Registrar medicamentos que consume, indicaciones, dosis, quien lo indicó y tiempo de consumo
19.	Inventario de actividades cotidianas de la vida diaria	Registrar con una X uno o varios recuadros del 1 al 29
20.	Apreciación diagnóstica	Registrar con una X uno o varios recuadros del 1 al 6
21.	Afección crónica invalidante	Registrar con una X uno o varios recuadros del 1 al 10
22.	Problemática social con incidencia en su salud	Registrar con una X uno o varios recuadros del 1 al 3
23.	Clasificación del riesgo del PAM	Registrar con una X uno o varios recuadros del 1 al 12
24.	Signos vitales y antropometría	Registrar los signos vitales y medidas antropométricas
25.	Percepción del paciente	Registrar religión
26.	Percepción del envejecimiento	Registrar con una X en uno o varios de los recuadros del 1 al 10

27.	Evaluación gerontológica integral	Registrar las escalas, fecha, puntaje, interpretación y observaciones
28.	Diagnóstico gerontológico integral	Escribir diagnóstico gerontológico
29.	Clasificación de funcionalidad	Registrar con una X en uno o varios de los dos cuadros del 1 al 10
30.	Observaciones globales	Describir datos médicos, problemas de salud, tiempo de evolución en años y meses
31.	Plan de integración gerontológica integral	Describir el plan de intervención arrojado por el diagnóstico
32.	Sugerencias de otro tratamiento farmacológico o referencia a algún servicio interno o externo	Describir algún padecimiento no considerado antes o dentro del interrogatorio
33.	Elaboró, autorización, autorizó	Escribir nombre (s) completo y firma del pasante/estudiante, comenzando por apellidos, así como nombre completo y firma del coordinador

INFORMACIÓN DOCUMENTADA PARA CONSULTA