

## Evaluación y Plan de atención centrado en la persona mayor

### ANTECEDENTES

<b>Fecha de evaluación:</b>		<b>Obra social:</b>	
<b>Nombre (s):</b>			
<b>Apellidos (s):</b>			
<b>Fecha de Nacimiento:</b>		<b>Edad:</b>	
<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Prefiero no declararlo		
<b>Lugar de Nacimiento:</b>			
<b>Domicilio actual:</b>			
<b>Número telefónico:</b>			
<b>Nombre del cuidador/a:</b>			
<b>Teléfono del cuidador/a:</b>			
<b>Evaluación</b>	<input type="checkbox"/> Primera vez	<input type="checkbox"/> Subsecuente	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos
<b>Tipo de población</b>	<input type="checkbox"/> Adulto/a mayor <input type="checkbox"/> Postración	<input type="checkbox"/> Etapa terminal <input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Aislamiento
<b>Vía de ingreso</b>	<input type="checkbox"/> Captación <input type="checkbox"/> Centro de salud	<input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Vía oficial	<input type="checkbox"/> Solicitud no oficial <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Directivas anticipada:</b>			
<b>Situación conyugal</b>	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a: años <input type="checkbox"/> Unión convivencial
<b>Nivel de escolaridad</b>	<input type="checkbox"/> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Terciario/Universitario <input type="checkbox"/> Posgrado
<b>Ocupación actual</b>	<input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Empleado/a	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____
<b>Forma de manutención</b>	<input type="checkbox"/> Sin jubilación <input type="checkbox"/> Con jubilación/ pensión	<input type="checkbox"/> Aportes hijos(as)	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Año de retiro
<b>¿Con quién vive?</b>	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Residencia personas mayores	<input type="checkbox"/> Solo/a	<input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Amigo/a
<b>Vacunas</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> COVID-19 (Especificar tipo y fecha): _____	<input type="checkbox"/> Influenza (año)	<input type="checkbox"/> Neumococo (año) <input type="checkbox"/> Otras: _____

<b>Enfermedades crónicas</b>	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico
	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Demencia
	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Glaucoma
	<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Dolor crónico
	<input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
	<input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa	<input type="checkbox"/> Temblor esencial	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad: _____
<b>Autopercepción del estado de salud</b>			
<b>Comparada con otras personas de su edad ¿usted diría que su salud general es?</b>	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Peor
<b>Consumo de alcohol</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuencia: _____	
<b>Consumo de tabaco</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuencia: _____	

<b>Red de apoyo social</b>				
En caso de ser necesario ¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo en su atención médica?		Si	No	¿Quién? _____
¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo para realizar sus Actividades Básicas de la Vida Diaria?		No		Si
¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo para sus Actividades Instrumentales de la Vida Diaria?		No		Si
<b>Número de hijos:</b>	Total: _____	Hombres: _____	Mujeres: _____	
¿Sus ingresos le permiten satisfacer sus necesidades?		Si	No	
¿Tiene la libertad de prever, decidir y actuar sobre sus propios asuntos?		Si	No	
¿Se siente amenazado/a por alguien?		Si	No	
¿Conserva y mantiene contacto con sus amistades?		Si	No	
¿Cuenta con quién compartir sus preocupaciones y satisfacciones?		Si	No	
¿La vivienda donde habita tiene humedades o filtraciones o requiere alguna adaptación para favorecer su movilidad?		Si	No	

Cuidador/a primario/a:					
Nombre:			Edad: _____ años		
Estado civil:	Casado/a	Divorciado/a o Separado/a		Soltero/a	
	Viudo/a	_____ años		Unión convivencial	
Parentesco:	Hijo/a	Cuidador/a formal		Cónyuge	
	Amigo/a	Otro	Especificar:		
Escolaridad (años):			¿Trabaja actualmente?:		Si      No
¿Su ingreso cubre sus necesidades?					
En caso de no trabajar ¿De qué manera cubre sus necesidades?					

Lista de medicamentos y productos alternativos					
Nombre comercial	Sustancia activa	Presentación	Dosis e intervalo	Indicación	Tiempo de administración

**Padecimiento actual**

### RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

Seleccione los resultados de la evaluación de acuerdo al tamizaje realizado a la persona mayor y las condiciones asociadas identificadas.

Dominio	Resultado de la evaluación:	Condiciones asociadas
Cognitivo	<input type="checkbox"/> Sin deterioro cognitivo. <input type="checkbox"/> Posible deterioro cognitivo.	<input type="checkbox"/> Prevención y manejo enfermedades cardiovasculares y metabólicas. <input type="checkbox"/> Manejo de problemas osteoarticulares. <input type="checkbox"/> Manejo de fragilidad y sarcopenia. <input type="checkbox"/> Ofrecer consejos para la micción y defecación. <input type="checkbox"/> Manejo de enfermedades oculares. <input type="checkbox"/> Ofrecer consejos sobre cuidados de la piel. <input type="checkbox"/> Higiene del sueño. <input type="checkbox"/> Se requiere asistencia y apoyo personal para las actividades cotidianas. <input type="checkbox"/> Evaluar la carga de quien cuida. <input type="checkbox"/> Soporte para quien cuida. <input type="checkbox"/> Modificaciones del entorno físico para reducir el riesgo de caídas. <input type="checkbox"/> Valoración para ayudas técnicas. <input type="checkbox"/> Fomentar comidas sociales y familiares. <input type="checkbox"/> Apoyo para la provisión y preparación de alimentos. <input type="checkbox"/> Entregar listado de recursos comunitarios.
Nutrición	<input type="checkbox"/> Sin desnutrición. <input type="checkbox"/> Posible desnutrición.	
Sensorial	<input type="checkbox"/> Sin déficit sensorial visual. <input type="checkbox"/> Posible déficit sensorial visual.	
	<input type="checkbox"/> Sin déficit sensorial auditivo. <input type="checkbox"/> Posible déficit sensorial auditivo.	
Emocional	<input type="checkbox"/> Sin presencia de síntomas depresivos. <input type="checkbox"/> Presencia de síntomas depresivos.	
Movimiento	<input type="checkbox"/> Sin movilidad afectada. <input type="checkbox"/> Movilidad afectada.	
Social	<input type="checkbox"/> Vivienda. <input type="checkbox"/> Ingresos. <input type="checkbox"/> Soledad. <input type="checkbox"/> Participación social. <input type="checkbox"/> Maltrato.	

### OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA MAYOR

¿Qué es lo más importante en la vida de la persona mayor?

¿Cuáles son sus objetivos concretos respecto a su vida?

¿Cuáles son sus objetivos respecto a su salud?

Objetivos del plan de atención (los más importantes y que haya priorizado la persona mayor y que cumplen con los criterios SMART: específicos, medibles, alcanzables/factibles, relevantes/razonables, a cumplirse en un tiempo definido).

Corto plazo (0-3 meses):

Mediano plazo (3-6 meses):

Largo plazo (6-12 meses):

### INTERVENCIONES PROPUESTAS A LA PERSONA MAYOR

--

Elaboró:

Nombre(s) y apellido(s) completos	Firma