GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

INFORME DE SALUD

Datos del centro

Nombre

Dirección

Calle/Plaza | C.P. | N.º | Bloque | Esc. | Piso | Puerta

Provincia | Municipio | Localidad

Datos del usuario

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre

N.I.F./N.I.E. | Fecha de nacimiento | Nº Seguridad Social | C.I.P.

Antecedentes personales

Alergias

Antecedentes médicos

Antecedentes quirúrgicos

Problemas de salud actuales *(con la fecha estimada de inicio)*

Problemas de salud

Tratamientos farmacológicos *(mantenidas en los últimos 3 meses y fecha de inicio de la prescripción)*

Medicación habitual

Observaciones *(hágase constar la situación clínica actual y necesidades de seguimiento, tratamientos no farmacológicos, psicoterapéutico y/o habilitador, si procede)*

Firma del Facultativo D./Dª:

Cuidados de enfermería** *(diagnósticos/cuidados/medidas de soporte funcional y terapéutico/ayudas técnicas)*

Firma del Enfermero/a D./Dª:

Notas:

- *Este informe está basado en la Historia clínica existente en su Centro de Salud.*
- *Los datos sanitarios que contiene son de especial protección y tienen como único destinatario la persona solicitante.*
- *El uso de los mismos y su entrega a terceros quedan bajo la estricta responsabilidad del destinatario (paciente o su representante legal).*

En _____ a _____ de _____ de _____

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

INFORME SOBRE CUIDADOS DE SALUD

Datos del centro

Nombre

Dirección

Calle/Plaza | C.P. | N.º | Bloque | Esc. | Piso | Puerta

Provincia | Municipio | Localidad

Datos del usuario

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre

N.I.F./N.I.E. | Fecha de nacimiento | Nº Seguridad Social | C.I.P.

Estado vacunal *(alternativamente imprimir vacunas y adjuntar a este registro de informe)*

Vacuna	Fecha	Vacuna	Fecha
Tétanos-Difteria		Antineumocócica	
AntiHepatitis B		Antigripal	
Antihepatitis A		Triple vírica SRP	
Varicela		Otras *(indicar tipo)*	

Capacidad funcional

Índice de Barthel

Fecha

Puntuación

Valoración

Estado cognitivo

Test MInimental

Fecha

Puntuación

Valoración

Planes de cuidados

Diagnósticos de enfermería relacionados con pacientes con patologías crónicas, incapacitados, con senilidad o terminales

Observaciones

Cuidados de enfermería prescritos

Observaciones

Continúa en la página siguiente

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Medidas de soporte funcional y terapéutico /ayudas técnicas que utiliza

Medidas	Sí	Medidas	Sí	Medidas	Sí
Oxigenoterapia	☐	Colector urinario	☐	Andador	☐
Sonda gástrica	☐	Pañales	☐	Silla de ruedas	☐
Sonda vesical	☐	Prótesis de extremidades	☐	Otros	☐

Indicar si la persona necesita otras ayudas de las que no dispone en ese momento

Observaciones

Notas:

- *Este informe está basado en la Historia clínica existente en su Centro de Salud.*
- *Los datos sanitarios que contiene son de especial protección y tienen como único destinatario la persona solicitante.*
- *El uso de los mismos y su entrega a terceros quedan bajo la estricta responsabilidad del destinatario (paciente o su representante legal).*

Firmado por el/la enfermero/a

En _____ a _____ de _____ de _____