



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./D^a:

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

Firma del Enfermero/a D./D^a:

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	<input type="text"/>	Antineumocócica	<input type="text"/>
AntiHepatitis B	<input type="text"/>	Antigripal	<input type="text"/>
Antihepatitis A	<input type="text"/>	Triple vírica SRP	<input type="text"/>
Varicela	<input type="text"/>	Otras (indicar tipo)	<input type="text"/>

Capacidad funcional
Índice de Barthel

Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado cognitivo
Test Mnimental

Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Valoración

Planes de cuidados

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

Observaciones

Cuidados de enfermería prescritos

Observaciones



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Medidas de soporte funcional y terapéutico /ayudas técnicas que utiliza

Medidas	Sí	Medidas	Sí	Medidas	Sí
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Colector urinario	<input type="checkbox"/>	Andador	<input type="checkbox"/>
Sonda gástrica	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>
Sonda vesical	<input type="checkbox"/>	Prótesis de extremidades	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

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