

FORMULARIO DE PRE-ADMISIÓN

Este formulario y fotocopia de Cédula de Identidad, (con TODOS los campos completados) y la Declaración Jurada de ingresos , podrán ser presentados a través de las siguientes vías

- Personalmente en el *Centro Cerema* (3 de Febrero y Zelmar Michelini. Maldonado. Uruguay) exclusivamente en el horario de 9 a 14 hs.
- Enviado por Correo Postal a la misma dirección (3 de Febrero y Zelmar Michelini. CP. 20000 Maldonado. Uruguay)
- E-mail (escaneado en .JPG) a : repcion@cerema.org y posteriormente enviarlo por correo postal
- El paciente será oportunamente citado a consultas, donde deberá concurrir con su Historia Clínica y paraclínica si la tuviera. El costo de las mismas se realiza en un único pago de \$ 4.500.

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

1) DATOS PERSONALES

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

C.I.: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Domicilio (calle, ciudad, barrio) _____

Teléfono: _____ E- Mail: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Nombre de familiar directo o cuidador a cargo (a contactar): _____

Soporte Asistencial: Salud Pública Mutualista BPS Seguro Privado
(marque con una X)

Hospital Militar Hospital Policial

Especifique que Mutualista o Seguro Privado: _____

Expectativas del paciente respecto a la atención en el Centro de Rehabilitación CEREMA

Expectativas familiares en cuanto a la atención en el Centro de Rehabilitación CEREMA

Firma del paciente y/o familiar directo ó cuidador: _____

2) DATOS A SER COMPLETADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE

Diagnóstico:

Antecedentes Personales:

Evaluación actual

Estado General:

Estado nutricional:

Forma de alimentación:

Trastornos deglutorios: sí no

Peso: _____ Talla: _____ Escaras: no sí Infectada no sí Localización: _____

Cardiovascular:

Pleuropulmonar:

Abdomen: _____

Funciones de la comunicación:

Lenguaje: Verbal sí no Comprensión: sí no
Visión: Normal Disminuida Lentes: sí no
Audición: Normal Disminuida Audífono: sí no Otros: _____

T. urinario: continente no continente

T. digestivo bajo: continente no continente

Examen osteomioarticular:

Raquis Deformidades: no sí Cuál: _____
MMSS Deformidades: no sí Cuál: _____
MMII Deformidades: no sí Cuál: _____

Otras consideraciones:

Examen neurológico (datos positivos):

Aspectos psico-afectivos:

Funcionalidad Actual:

	Independiente	Asistida
Alimentación		
Vestido		
Higiene		

Marcha:	Sí <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>	Asistida <input type="checkbox"/>
Asistida por:	bastones <input type="checkbox"/>	andador <input type="checkbox"/>
	muletas <input type="checkbox"/>	silla de ruedas <input type="checkbox"/>

Funcionalidad previa a la situación actual:

Actividades previas a la situación actual (trabajo ó estudio)

Nivel de escolarización:

Núcleo Familiar:

Institucionalización SI NO Institución:

Paraclínica (que crea importante destacar):

Tratamientos realizados:

Quirúrgicos: sí no Cuales:

Fisioterapia:	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Frecuencia: _____
Férulas:	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Cuáles: _____
Terapia ocupacional:	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Frecuencia: _____
Fonoaudiología	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Frecuencia: _____
Hidroterapia:	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Frecuencia: _____
Psicoterapia	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Frecuencia: _____
Equinoterapia:	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Frecuencia: _____

Farmacológico (tipo, dosis, frecuencia):

Otras consideraciones que crea pertinente:

¿Qué espera como médico tratante del Centro de Rehabilitación CEREMA?

3) DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE DERIVACIÓN Y MEDICO TRATANTE

Institución: _____ Teléfono: _____ E-Mail: _____

Médico tratante: _____ Tel /E-mail: _____

sello

Firma: _____