



FORMULARIO DE PRE-ADMISIÓN

Somos CEREMA, un Centro de Rehabilitación en un nivel terciario de atención en el país, dedicado a la asistencia de jóvenes y adultos con discapacidades de alta complejidad.

Este Centro está gestionado por una Asociación Civil sin fines de lucro, que con el apoyo de la comunidad y el trabajo de un equipo profesional interdisciplinario, desarrolla acciones para mejorar la Calidad de Vida de personas en situación de discapacidad.

Contamos con el compromiso y la participación de personas de buena voluntad de nuestra comunidad, que destinan parte de su tiempo y de su vida a colaborar con la gestión del Centro en sus distintas áreas.

Nuestra fortaleza es un servicio de rehabilitación con más de 10 años de experiencia con un equipo de profesionales interdisciplinario con gran vocación de servicio y específica formación en Rehabilitación Médica, comprometido con la tarea, los pacientes, familias y toda la comunidad, así como la tecnología aplicada a la Rehabilitación que se ha ido incorporando gradualmente.

Para que un paciente usuario de ASSE o IDM ingrese a tratamiento de rehabilitación, los interesados deberán presentar:

- **Copia de Cédula de Identidad**
- **Historia Clínica actualizada (entregada al centro al menos 48 hs. hábiles previo a la consulta de valoración inicial).**
- **Formulario completo de pre-admisión que se adjunta, con firma de médico tratante y sello institucional en caso de ser A.S.S.E. el prestador de salud.**

-PACIENTES DE A.S.S.E.: esta documentación se debe presentar en Cerema (3 de Febrero y Zelmar Michelini, Maldonado, Uruguay) exclusivamente en el horario de 9 a 14 hs o **Enviado por Correo Postal a la misma dirección (3 de Febrero y Zelmar Michelini. CP. 20000, Maldonado, Uruguay)**

-PACIENTES DERIVADOS DESDE INTENDENCIA DE MALDONADO: los interesados deben realizar la solicitud correspondiente **ante IDM.**

Contacto:

- Vía **Whatsapp**  095299986
- **e-mail:** recepcion@cerema.org

DATOS A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE (IMPRESINDIBLE LLENAR TODOS LOS CAMPOS)

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

DATOS PERSONALES

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

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

Domicilio (calle, ciudad, barrio) _____

Teléfono o cel: _____ E- Mail: _____

Sexo: _____ Edad: _____

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

Soporte Asistencial: (marque con una X) A.S.S.E. Mutualista BPS Seguro Privado
Hospital Militar Hospital Policial Otro _____

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 o cuidador (aclarar vínculo): _____

A llenar por CE.RE.MA

Recibe _____ Fecha / /

******Diagnóstico**** (la no inclusión de este campo impide el ingreso):**

Antecedentes Personales:

Evaluación actual

Estado General:

Estado nutricional:

Forma de alimentación:

Trastornos deglutorios: sí no

Peso: _____ Talla: _____ Escaras: no sí Infectada no si 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: Si Independiente
No Asistida

Asistida por: bastones andador
muletas silla de ruedas

Funcionalidad previa a la situación actual:

Actividades previas a la situación actual (trabajo o estudio):

Nivel de escolarización:

Composición 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:	si	<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: _____

Para pacientes de
A.S.S.E. debe colocarse
Sello INSTITUCIONAL

Firma: _____