**DOCUMENTACION DE INGRESO**

**CHECK LIST**

1.- Valoración

2.- Llenando de documentación

2.1.0 Documentos Personales

* \_\_ identificación personal del usuario
* \_\_ identificación personal del responsable
* \_\_ INE de personas autorizadas para visitas y salidas
* \_\_ Comprobante de domicilio del responsable
* \_\_ Carnet de servicio medico del usuario

2.2.0. Documentos Administrativos

* \_\_ Ficha de inscripción
* \_\_ Hoja de aceptación
* \_\_ Reglamento
* \_\_ Ética
* \_\_ Contrato
* \_\_ Servicios adicionales
* \_\_ Personas autorizadas
* \_\_ Productos y artículos sugeridos
* \_\_ Garantía de pago
* \_\_ Autorización medico responsable

2.3.0 Documentos médicos

* ***\_\_*** Cuestionario medico
* \_\_ Historial clínico
* \_\_ Relatoría de vida
* \_\_ Exámenes de laboratorio (gabinete no mayor a 3 meses, EKG, radiografías, tomografías, resonancia magnética)
* \_\_ Alta hospitalaria
* \_\_ Recetas de medicamentos (inventarios y horarios)
* \_\_ Indicaciones medicas
* \_\_ Hoja de evaluación
* \_\_ Hoja de responsabilidad medica (medico tratante)

**Ficha de inscripción.**

**IDENTIFICACION PERSONAL.**

Fecha de Ingreso.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Completo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Originario de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escolaridad. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ultima Ocupacion.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuanto Tiempo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vive con\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación Actual. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio Actual.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonos.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Tratante.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialid AD.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonos.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVICIO MEDICO INSTITUCIONAL. (IMSS, ISSSSTE, PEMEX, S, S, A,) OTRO.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estado de salud previa.**

ENFERMEDADES IMPORTANTES.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENFERMEDADES ACTIVAS.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS QUE CONSUME.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOSIS.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOSIS.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOSIS.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOSIS.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOSIS.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOSIS.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FAMILIAR RESPONSABLE DIRECTO.**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono.

Casa.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oficina.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HOJA DE ACEPTACION-COMPROMISO.**

FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Identificación personal.**

Nombre.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad.\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha de nacimiento .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sexo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Originario de.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_escolaridad.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vive con\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FAMILIAR RESPONSABLE DIRECTO.**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad\_\_\_\_\_\_\_\_parentesco.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domicilio.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.casa.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.oficina.\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. celular .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_otro.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**HE RECIBIDO POR PARTE DE HACIENDA VIDA PLENA .EL REGLAMENTO INTERNO, LOS PROGRAMAS DE LA ESTANCIA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Diurna o 24 hrs.)

ACEPTANDOLOS CON LA FINALIDAD DE QUE MI; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(PARENTESCO**)**

LOS RECIBA PARA SU BENEFICIO.

Acepto los compromisos derivados de su atención en la estancia

De \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_establecidos en el reglamento con la

(Diurna o 24hrs.)

Finalidad de ofrecerle un bienestar a mi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Parentesco)

Declaro que la información que he proporcionado es verdadera.

**ATENTAMENTE.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE DIRECTO.**

**ÉTICA INSTITUCIONAL**

**FUNDACION GERIATRICA DE QUERETAO A.C.**  es una institución dedicada al cuidado, manejo y atención integral del adulto mayor dentro de una ambiente cálido, de convivencia y profesionalismo, donde se respeta al ser humano y se le ayuda a alcanzar una mejor calidad de vida, protegiéndolo no solo en el aspecto biológico (de salud-enfermedad), sino que además se le brinda apoyo y asesoría en los aspectos nutrimentales, físico, psicológicos y sociales tan importantes y olvidados en esta etapa de la vida.

Al estar en **FUNDACION GERIATRICA DE QUERETAO A.C.**  el ambiente y el trato profesional, les permitirán sentirse dentro de una estancia familiar donde podrán realizar diversas actividades que les proporcionen confianza y bienestar. Y a los familiares la oportunidad de llevar a cabo sus actividades cotidianas sin preocupación, logrando con esto mejorar su dinámica familiar, sabiendo que su ser querido está seguro, con atención profesional para una mejor recuperación de sus funciones y por lo tanto con un menor deterioro orgánico.

Dentro de esta ética profesional de **FUNDACION GERIATRICA DE QUERETAO A.C.**  se compromete a:

* Proporcionar y mantener instalaciones óptimas, confortables y seguras.
* Brindar atención profesional y personalizada con un equipo de enfermeras, cuidadoras, rehabilitación, apoyo nutrimental, psicológico, terapia de lenguaje, y de acondicionamiento físico, necesario para el manejo y atención de los ancianos en las actividades que realice durante su estancia en el mismo.
* Proporcionar alimentos de calidad durante el día consistentes en desayuno, refrigerio, comida y cena, necesarios para satisfacer los requerimientos nutricionales básicos diarios.
* Respetar las decisiones del paciente siempre en su beneficio.
* Respetar las decisiones e indicaciones del familiar responsable directo, siempre en beneficio del paciente.
* Respetar y administrar los tratamientos y vigilancia del médico tratante.
* Facilitar el acceso a las instalaciones de **FUNDACION GERIATRICA DE QUERETAO A.C.**  al médico tratante previa solicitud del familiar responsable directo.
* Mantener una estrecha comunicación con el familiar responsable directo y el medico tratante sobre el estado general de salud del paciente, favoreciendo con esto una óptima vigilancia y cuidados del anciano.
* Actuar ante situaciones de urgencia brindando la ayuda médica necesaria, informando al familiar responsable directo y en su caso el médico tratante, sobre las condiciones generales de salud y las acciones emprendidas para su atención inmediata; debiendo cubrir el familiar responsable los costos derivados de la atención médica.
* Canalizar en caso necesario al paciente a un centro hospitalario para su atención médica, el cual será indicado por el familiar responsable directo en la solicitud de ingreso o en el momento de requerirse, haciéndose responsable de cubrir los gastos que se generen como producto de la atención médica, traslado y hospitalización.
* Mantener discrecionalidad en aspectos relacionados con el estado de salud del anciano y su dinámica familiar, al no brindar información referente a estos aspectos a personal no autorizado por el residente y el familiar responsable directo.
* Vigilar y velar por el adecuado cumplimiento de los programas establecidos para el bienestar de los pacientes.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE DIRECTO.**

**REGLAMENTO**

**EL (LA) ANCIANO(A), A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DESIGNARÁ COMO** **RESIDENTE, SE COMPROMETE A:**

* Respetar los horarios establecidos para su cuidado y atención por **FUNDACION GERIATRICA DE QUERETAO A.C**
* Respetar y cuidar las instalaciones, menaje de casa, así como el material y equipo que se emplee para su apoyo y rehabilitación en el entendido o ya que los desperfectos que ocasionen tendrán que ser subsanados económicamente por el paciente y en su caso por el familiar responsable directo.
* Respetar a sus compañeros sin proferir insultos o mofa sobre su persona o condición de salud. Situación que condicionara su permanencia en la estancia.
* Respetar al personal que lo asiste para su rehabilitación siguiendo las indicaciones que éste le indique.
* Participar en las actividades y programas establecidos por el Centro, seleccionadas de acuerdo a su grado de funcionalidad física, orgánica y neuropsico afectiva, buscando siempre su beneficio.
* Informar con anticipación de manera verbal y por escrito firmado por el residente y el familiar responsable directo, los días y motivos que por necesidades personales requiere ausentarse de las instalaciones y actividades del centro.

EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PUNTOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS, SERÁ MOTIVO DE QUEDAR FUERA DE LA INSTITUCIÓN.

**EL FAMILIAR RESPONSABLE DIRECTO SE COMPROMETE A:**

El familiar responsable directo es aquel que ha inscrito al residente en la casa de asistencia de 24hrs.

* Realizar el pago de la inscripción y el mes que indica al momento de la aceptación del paciente dentro de las instalaciones de **FUNDACION GERIATRICA DE QUERETAO A.C** Cubrir dentro de los primeros cinco días del mes correspondiente el pago de la mensualidad de no hacerlo así, se impondrá una sanción de cobro del 10% por pago extemporáneo.
* Respetar los programas y el horario para las visitas de pacientes.
  + LUNES A VIERNES de 16:00a 18:00hrs.
  + Sábado y Domingo de 12:00 a 14:00hrs y / o 16:00 a 18:00hrs.
* Salida Diurna Sábado y /o Domingo de 10:00 a 19:00hrs. Previa información de hora de salida para no inquietar a los pacientes.
* Informar por escrito con anticipación el o los días de ausencia del residente de las instalaciones del Centro.
* Informar al Centro el nombre de la o las personas que autoriza para visitar y/o recoger al residente de la estancia, proporcionando al momento de su inscripción copia fotostática de la identificación personal de los autorizados.
* Proporcionar receta de los medicamentos pre escritos por su médico tratante ya que de no ser así no se administrarán.
* Cubrir el costo de material de curaciones, medicamentos y atención médica especifica sobre padecimientos diferentes a los de su ingreso.
* Informar con oportunidad el tipo de servicio médico y /o institución de salud donde podrá presentarse al paciente en situación de emergencia, proporcionando documentación oficial que avale ser derechohabiente institucional; de no ser el caso se compromete a cubrir los gastos que se deriven de esta atención.
* Entregar con oportunidad los insumos y medicamentos que requiere el paciente para su apoyo y cuidado; en la oficina del Centro en horario de 09:00 a 14:00 y de 16:00 a 17:00, ya que no se recibirán en otro sitio ni horario.
* En caso de que su paciente no se encuentre en las condiciones orgánicas (enfermedades activas) favorables para el apoyo y manejo de su rehabilitación integral, deberá en beneficio del paciente establecerse un control eficiente de los padecimientos para ofrecerle los servicios de apoyo del Centro; esta responsabilidad corresponde al familiar seleccionar el(los) médico(s) o servicio(s) para corregir de primer término el daño orgánico.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE DIRECTO.**

**RELACION DE PRODUCTOS Y EQUIPO DE USO PERSONAL**

**NECESARIO PARA LOS RESIDENTES DE LA ESTANCIA DE 24HRS**

Los siguientes son artículos necesarios para ofrecer la higiene de su familiar por lo que solicitamos tenga a bien verificar oportunamente la existencia de ellos, con la finalidad de apoyarles adecuadamente, ya que la inexistencia de estos, le significará cubrir el costo de los mismos cuando **FUNDACION GERIATRICA DE QUERETAO A.C** los adquiera.

Se hace de su conocimiento que los tipos y marcas de productos dependen de la aceptación y o costumbre que el paciente tenga.

**ASEO PERSONAL**

* Shampoo y Jabón de baño
* Cepillo y/o peine de pelo
* Crema, loción, aceite para la cara y cuerpo
* Cepillo de dientes de preferencia de cerda suave y mango grueso
* Pasta de dientes que usualmente emplea
* Enjuague bucal
* Toalla para manos
* Cosméticos
* Algodón o pads para aseo de la cara
* Hisopos
* Talco antiséptico (para los pies)
* Desodorante no irritable
* Solución y recipiente para prótesis dentaria
* Aceite de almendras y/o glicerina

**HIGIENE**

* Toallas húmedas
* En caso de ser paciente incontinente Pañales desechables suficientes para su cambio diario (de acuerdo a las necesidades del paciente)
* Cubrecamas
* Medias elásticas antitrombótica
* Vendas elásticas, gasas y material de curación en caso de requerirlos los cuales se solicitarán con oportunidad
* Sandalia para baño tipo huarache suela antiderrapante
* Juego de sabanas matrimonial (dos juegos blancos opcional de color)
* Juego de almohadas con fundas (dos piezas)

**ROPA –DAMAS-**

* Ropa Interior: Pantaletas, fondo, medio fondo, brassieres, medias para cambio diario (5 pzas. de cada uno)
* Vestidos, Faldas, Blusas y Pantalón (3 pzas. De cada uno)
* Pants completo de fácil colocación acorde a la funcionalidad del paciente
* Camisetas, en caso de usarlas (5 pzas.)
* Calcetas Cómodas (3 pares)
* Bermudas o Short para recibir su rehabilitación
* Suéter (2 delgados, 1 grueso)
* Chamarra cómodo abrigadora y de fácil colocación (según temporada)
* Zapatos de uso diario con suela antiderrapante, no de tacón alto, solo de piso o tacón pequeño (2 pares)
* Huarache amplio, cómodo, antiderrapante de cierre completo, para descanso, no de meter
* Zapato tipo tenis de agujeta o velcro de fácil manejo y suela antiderrapante

**ROPA –HOMBRES-**

* Ropa Interior: Calzoncillos, camiseta, calcetines (5 pzas. De cada uno)
* Camisas o playeras de fácil colocación (5pzas.)
* Pantalones (5 pzas.)
* Pants completo de fácil colocación acorde a la funcionalidad del paciente
* Bermuda o short para recibir su rehabilitación (2 pzas.)
* Calcetas (3 pares)
* Suéter (2 delgados, 1 grueso)
* Chalecos (2 delgados)
* Chamarra cómoda abrigadora y de fácil colocación (según temporada)
* Sombrero o gorra
* Zapatos de uso diario con suela antiderrapante cerrado tipo choclo (2 pares)
* Huarache amplio, cómodo antiderrapante de cierre completo para descanso no de meter
* Zapato tipo tenis de agujeta o velcro de fácil manejo y suela antiderrapante

En el paciente semifuncional con secuelas neurológicas o incontinentes, los pantalones deberán de ser tipo pants con adaptación de velcro en lugar de cierre, y velcro en la parte lateral externa de las piernas para fácil manejo y apoyo con el sanitario.

**En el paciente que utilice silla de ruedas:**

* Un cojín de agua para evitar zonas de presión que producen la formación de escaras.
* Una toalla o lienzo para colocarlo sobre el cojín de agua y evitar el contacto frío.
* Un cojín de tela para colocarlo en la espalda y lograr una mejor postura y corrección dorsal.
* Verificar que la silla de ruedas tenga estribos cómodos y altura adecuada a las necesidades del paciente.

TODOS LOS OBJETOS MENCIONADOS QUE SON DE MANEJO PERSONAL DEBERÁN DE ESTAR MARCADOS CON EL NOMBRE DEL PACIENTE. TAMBIEN ES IMPORTANTE CONSIDERAR EL CAMBIO DE ROPA DOS VECES AL AÑO SEGÚN TEMPORADA.

LES RECORDAMOS QUE EL PACIENTE NO REQUIERE DE TRAER OBJETOS DE VALOR COMO SON ARETES, PULCERAS, ANILLOS Y DINERO EN EFECTIVO NI EN NINGUNA OTRA PRESENTACIÓN.

Se permitirán traer únicamente los objetos que por motivos personales del paciente y de tipo afectivo requiera conservarlos previo conocimiento del familiar responsable directo y autorización del Centro Queretano de Geriatría y Rehabilitación S.C. para garantizar su seguridad en el entendido de que el paciente anciano en ocasiones las da por extraviadas.

ACEPTO LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA CONTRATACION DEL SERVICIO POR LO CUAL FIRMO TODAS Y CADA UNA DE LAS HOJAS DESCRITAS COMO REGLAMENTO, ETICA INSTITUCIONAL, ARTICULOS NECESAIOS, CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO, Y ME OBLIGO A CUMPLIR EN TIEMPO Y FORMA CON TODAS LAS DISPOSICIONES DERIVADAS DEL SERVICIO.

FIRMO DE ENTERADO

NOMBRE DEL RESPONSABLE DIRECTO

FIRMA DE RESPONSABLE DIRECTO

SELLO DE LA INSTITUCION.

**HACIENDA VIDA PLENA**

**FUNDACION GERIÁTRICA DE QUERÉTARO AC.**

Con la finalidad de ofrecerle un servicio de calidad para con su familiar les pedimos se tome unos momentos y conteste el siguiente cuestionario:

**NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_   
FECHA DE NACIMIENTO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CAPACIDAD FUNCIONEL FISICA**

Se atiende solo o con ayuda?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Camina solo o con ayuda de bastón, andadera o muebles?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puede vestirse solo ( a )? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Su familiar prepara sus alimentos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Se ha fracturado algún hueso o ha sido operado ¿ Cuanto tiempo hace? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ha tenido alguna caída recientemente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Utiliza pañal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**CAPACIDAD FUNCIONAL ORGANICA**

Sabe usted que enfermedades ha tenido o presenta actualmente ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ha sido valorado en los últimos tres meses por alguien medico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Actualmente toma medicamentos, sabe usted para que son? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha sido operado, sabe usted el tipo de operaciones que le han realizado?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Cuenta con exámenes y estudios de laboratorio de los últimos seis meses?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**CAPACIDAD FUNCIONAL NUTRICIONAL**

Su comida incluye todo tipo de alimentos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Tiene dieta especial? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Que alimentos son los que le gustan mas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Que alimento no le gustan? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ha presentado intolerancia o alergia para algún alimento, cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ha presentado cambios en su peso los últimos seis meses? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Cursa con masticación y deglución normal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Tiene perdida de piezas dentarias? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Usa prótesis dental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Cursa con estreñimiento o diarrea?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**CAPACIDAD FUNCIONAL PSICOAFECTIVA**

Como describe el estado de animo de su familiar (triste, alegre, irritable, callado).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuales son las actividades de un día ordinario de su familiar (describa breve). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como es la calidad de su sueño de su familiar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Como es la relación de su familiar con su cuidador (a) estable, conflictiva, fraterna, distante (describa brevemente). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Como describe la habilidad para socializar de su familiar con otras personas de su edad sociable, retraído, conflictivo, agresivo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Fecha que se elaboró el cuestionario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del familiar**

**CUESTIONARIO MEDICO**

NOMBRE COMPLETO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.- Ultima visita al medico?

Motivo de la visita

2.- Padece algún tipo de alergia?

SI NO Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3.- Padece algún tipo de alergia?

SI NO Hace cuanto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4.- Puede realizar ejercicios de saltar, correr, brincar?

SI NO

5.- Camina con algún tipo de ayuda?

SI NO Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

6.- Tiene alguna cirugía reciente?

SI NO Motivo de la cirugía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

7.- Tiene algún tipo de dolor espontaneo ejemplo rodilla al sentarse, hombro al levantar algún objeto, cuello espalda?

SI NO Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

8.- Actualmente mantiene algún tipo de régimen alimenticio ( dieta)?

SI NO Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

9.- Tiene problemas para dormir?

SI NO

10.- Cuando realiza algún ejercicio se fatiga, marea, vomita, nauseas, dolor de estomago?

SI NO

**VIDA PLENA**

**SERVICIOS EXTRAS**

FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL HUESPED: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATENCION MEDICA**: SI LA AUTORIZO (\_\_\_) NO LA AUTORIZO (\_\_\_) PREVIA AUTORIZACION (\_\_\_)

**PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA:** SI LA AUTORIZO (\_\_\_) NO LA AUTORIZO (\_\_\_) PREVIA AUTORIZACION (\_\_\_)

**ANALISIS CLINICOS Y RX A DOMICILIO:** SI LA AUTORIZO (\_\_\_) NO LA AUTORIZO (\_\_\_) PREVIA AUTORIZACION (\_\_\_)

**COMPRA DE MEDICAMENTOS:** SI LA AUTORIZO (\_\_\_) NO LA AUTORIZO (\_\_\_) PREVIA AUTORIZACION (\_\_\_)

**COMPRA DE ARTICULOS DE CURACION**: SI LA AUT SI LA AUTORIZO (\_\_\_) NO LA AUTORIZO (\_\_\_) PREVIA AUTORIZACION

**COMPRA DE ARTICULOS DE USO PERSONAL**: SI LA AUTORIZO (\_\_\_) NO LA AUTORIZO (\_\_\_) PREVIA AUTORIZACION (\_\_\_)

**COMPRA DE PAÑALES Y CUBRE CAMAS:** SI LA AUTORIZO (\_\_\_) NO LA AUTORIZO (\_\_\_) PREVIA AUTORIZACION (\_\_\_)

**PODOLOGO:** SI LA A SI LA AUTORIZO (\_\_\_) NO LA AUTORIZO (\_\_\_) PREVIA AUTORIZACION (\_\_\_)

**ESTILISTA:** SI LA AUTORIZO (\_\_\_) NO LA AUTORIZO (\_\_\_) PREVIA AUTORIZACION (\_\_\_)

**CERTIFICADO DE DEFUNCION:** SI LA AUTORIZO (\_\_\_) NO LA AUTORIZO (\_\_\_) PREVIA AUTORIZACION (\_\_\_)

NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE FIRMA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APOYO GERONTOLOGICO**

Por este conducto doy autorización para que el paciente Sr. (Sra.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y de \_\_\_\_\_ años de edad, recibida atención gerontológica, asistencia en actividades de vida diaria, baño, alimentación, de ambulación y supervisión en la administración de medicamentos en el programa de estancia de 24 horas en las instalaciones de HACIENDA VIDA PLENA.

POR LO TANTO DDECLARO QUE:

Soy consciente de los trastornos orgánicos que presenta.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( nuestro) familiar (Sr./Sra) padecimiento (os) evolucionan, los deterioros y complicaciones que se presentan y que afectan su estada general de salud.

\_\_\_ SI ACEPTO (AMOS) EL TRATAMIENTO \_\_\_\_ NO ACEPTO (AMOS) EL TRATAMIENTO

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo y # de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TESTIGO 1 TESTIGO 2

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo y # de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo y # de identificación\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SANTIAGO DE QUERETARO, QRO A DE DEL 20**

**DR. DARIO IGNACIO ZARATE RENTERIA**

Por medio de la presente (NOMBRE DE SOLICITANTE)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(PARENTESCO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de (NOMBRE DEL PACIENTE)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ años de edad le solicito a Ud. sea medico responsable y tratante para la atención, medica que mi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ requiera, responsabilizándome de los costos tanto de la atención medica, como de los medicamentos y estudios que se requieran para su apoyo y recuperación.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

NOMBRE Y FIRMA

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL HUESPED: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVICIOS EXTRAS COSTOS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE DIRECTO FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lugar y Fecha de elaboración:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ficha de identificación**

**Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lugar de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lugares de residencia en los últimos 10 años \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estado civil y años \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo y RH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ocupación/ ultimo trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Escolaridad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medico responsable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Interrogatorio**

**Indirecto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

**DOCUMENTO DE USO EXCLUSIVO PARA LA INSTITUCION,PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO ELECTRONICO O MANUAL**

**APNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Antecedentes**

**Laborales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AGO**

**M \_\_\_\_\_\_\_\_\_Ritmo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Duración \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Características de flujo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IVSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_\_\_\_ Climaterio/ Menopausia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Terapia de reemplazo**

**Hormonal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Uso de anticonceptivos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Historia**

**Nutrimental/Horarios \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Farmacológica** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARTA RESPONSIVA**

**POR VOLUNTAD PROPIA EL RESIDENTE EN SU CALIDAD DE PACIENTE DE ESTA FUNDACIÓN GERIÁTRICA DE QUERÉTARO. A.C. AUTORIZA A LOS SIGUIENTES FAMILIARES A VISITARLO EN EL INTERIOR DE LAS INSTALACIONES DE ESTA FUNDACIÓN LOS DIAS Y HORAS ESTABLECIDOS EN EL REGLAMENTO DE ESTA INSTITUCIÓN Y EN CASO DE QUE LA VOLUNTAD DEL RESIDENTE SE ENCUENTRE AFECTADA POR CUESTIONES NEUROLOGICAS O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD, QUIEN AUTORIZA AL FAMILIAR O VISITA DEL RESIDENTES EL PRIMERO O SEGUNDO FAMILIAR RESPONSABLE DIRECTO.**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RESIDENTE:**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(PRIMER ) “FAMILIAR RESPONSABLE DIRECTO” (SEGUNDO)** **FAMILIAR RESPONSABLE DIRECTO**

Nombre del Familiar: Nombre del Familiar:

Relación Familiar: Relación Familiar:

**FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**