

Lugar y Fecha: _____

EVALUACIÓN EN SITIO - INCAPACIDAD POR CAUSA DIRECTA DE UN ACCIDENTE.

Formulario a completar por el profesional.

DATOS PERSONALES DEL ASEGURABLE/PACIENTE

Apellido y Nombre: _____
 Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Número: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ CP: _____
 Provincia: _____ Tel. Particular: _____ Tel. Celular: _____

Declaración del Médico Asistente

1. ¿En que fecha fue Usted consultado por primera vez en relación a la invalidez? _____

2. Sírvase indicar la naturaleza de la lesión que originó la invalidez:

3. Principal diagnóstico correspondiente a la invalidez:

Tipificación Baremo: _____

Fecha Diagnóstico: _____

Condición Recurrente: _____

4. Si está completamente incapacitado en la actualidad, será permanente tal incapacidad? SI NO

5. Si la incapacidad no es permanente y definitiva, por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado?

6. ¿Hay algún tratamiento clínico y/o uso de artificios de técnica (prótesis, órtesis, bastones, etc.) que pueda mejorar el estado actual del paciente viabilizando la realización de sus tareas cotidianas?

7. ¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad?

SI NO

En el caso de no querer el paciente realizarlo, cuáles son sus motivos?

8. ¿Actualmente el paciente se encuentra internado en una Institución Médica, Enfermería o en alguna otra?

SI NO

Nombre de la Institución: _____

Dirección/Localidad: _____

Fecha de Ingreso: _____

Probable fecha de Alta/Egreso: _____

9. Si está en una institución por conveniencia, pudiera el paciente recibir cuidado adecuado bajo un sistema de Cuidados en el Hogar? SI NO

10. ¿Ha estado el paciente internado en alguna Institución Médica, de Enfermería o en alguna otra durante los últimos 5 años?

SI NO

Diagnóstico: _____

Fecha ingreso: _____

Fecha egreso: _____

11. ¿En qué fecha le practicó Usted la última atención o curación?

12. Si el paciente reside en su casa, que servicios está recibiendo actualmente?

A- Familia/ Informal: _____

B- Servicios Profesionales Enfermería Terapeuta

Cuidado Paliativo Otros detalle: _____

C- Servicios de Apoyo

Asistencia Salud-hogar Ama de Casa-Acompañante

Cuidado Paliativo Cuidado Diurno

Otros _____ Frecuencia: _____

D- Equipos

Silla de Ruedas Bastón Prótesis Caminador

Retrete portátil Otros detalle: _____

13. Consignar la funcionalidad actual del paciente, indicando el nivel y la fecha en que comenzó la misma.

BAÑARSE (marcar con una X el nivel de la funcionalidad actual)

NIVEL 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia, pero no la requiere por parte de otra persona.

NIVEL 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al bañarse.

NIVEL 3: No es capaz de bañarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Fecha de Inicio: _____

VESTIRSE (marcar con una X el nivel de la funcionalidad actual)

NIVEL 1: Independiente. No requiere ningún tipo de asistencia por parte de otra persona.

NIVEL 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al vestirse.

NIVEL 3: No es capaz de vestirse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Fecha de Inicio: _____

HIGIENIZARSE (marcar con una X el nivel de la funcionalidad actual)

NIVEL 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia (retrete portátil), pero no la requiere por parte de otra persona.

NIVEL 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al higienizarse.

NIVEL 3: No es capaz de higienizarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Fecha de Inicio: _____

TRANSFERIRSE (marcar con una X el nivel de la funcionalidad actual)

NIVEL 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia (caminador), pero no la requiere por parte de otra persona.

NIVEL 2: Requiere de apoyo físico ocasionalmente solo para movimientos trabajados (ej: ir al retrete, levantarse del sofá).

NIVEL 3: No es capaz de trasladarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Fecha de Inicio: _____

ALIMENTARSE (marcar con una X el nivel de la funcionalidad actual)

NIVEL 1: Independiente. No requiere ningún tipo de asistencia por parte de otra persona.

NIVEL 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y solo para procesos menores (ej: cortar).

NIVEL 3: No es capaz de alimentarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Fecha de Inicio: _____

14. Funcionalidad General (marque con una X la opción que corresponda):

A- Sin limitaciones o leves limitaciones: El paciente es capaz de cumplir con todas las capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana (bañarse, vestirse, higienizarse, transferirse y alimentarse por sus propios medios).

B- Limitación Moderada: El paciente es capaz de cumplir con 4 de las capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana anteriormente descritas.

C- Limitación Marcada o Total: El paciente presenta una pérdida significativa de sus capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana anteriormente descritas, no pudiendo cumplir con 2 o más de ellas.

15. La dependencia funcional es por un impedimento cognitivo (ej: Alzheimer´s u otra condición relacionada)

SI NO

Si su respuesta fue afirmativa, por favor remitir información y estudios médicos por los cuales se llegó a este diagnóstico

16. Hallazgos objetivos: Por favor adjunte a esta declaración copia de todos los estudios que presente desde el inicio de la afección, evolución, hasta la actualidad (RMN, TAC, ecocardiograma, datos de laboratorio e información clínica). En caso de que no sea factible el envío, sírvase detallarlos, incluyendo sus resultados y fecha de realización.

17. Programa de Cuidado recomendado (incluya cualquier tratamiento o terapia recetada incluyendo su duración) para mejorar o mantener su estado funcional actual:

18. Pronóstico y metas.

Marque con una X la opción que corresponda:

- Mejoramiento en estado funcional esperado en menos de 3 meses.
- Mejoramiento en estado funcional esperado dentro de 3 a 6 meses.
- No se espera cambio en estado funcional.
- Deterioración en estado funcional esperado en 3 a 6 meses.
- Deterioración en estado funcional esperado en 6 a 10 meses.

19. La información fue suministrada por:

- Asegurado
- Proveedor de Cuidados

Si seleccionó Proveedor de Cuidador, indicar el motivo:

DATOS DEL MÉDICO

Apellido y Nombre: _____

Matrícula: _____

Domicilio del Consultorio: _____ Teléfono: _____

Domicilio Particular: _____ Teléfono: _____

Declaro que lo expresado por mí en este informe es exacto y completo, según mi saber y entender.

Firma y Sello del Médico: _____ Aclaración: _____

Lugar y Fecha: _____