



Geriátrica Formulario de Admisión

Fecha: _____ Número de Identificación: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Por favor de llenar quien está respondiendo a las preguntas: Paciente: Otro:

Nombre y relación: _____

¿Cuál es la razón mas importante por su visita hoy?: _____

Caída Bajo de Peso Medicamento: Memoria: Depresión Actividad
Estreñimiento Orine

¿Usted ha tenido alguna caídas en el año pasado? Sí No

¿Cuántas veces se ha caído? _____

¿Interfiere con el trabajo o con otras actividades? Sí No

¿Usted ha perdido más de 10 libras en los últimos 6 meses? Sí No

En caso afirmativo, aproximadamente cuántas libras? _____

¿Usted ha podido tomar todas las medicinas que le han recomendado? Sí No

Si no, ¿por qué no ha podido tomar todas las medicinas que le han recomendado?

¿Usted tiene alguna preocupación sobre su memoria o capacidad de pensar claramente?
Sí No

En caso afirmativo, explique _____

Durante el mes pasado, ¿se ha sentido molesto sintiéndose triste, deprimido o con desesperanza?

Sí No (por favor completar el (PHQ) en (Centricity)

Durante el mes pasado, ¿se ha sentido con poco interés o satisfacción al hacer ciertas actividades?

Sí No (por favor completar el (PHQ) en (Centricity)

Evaluación Geriátrico

¿Puede el paciente cumplir con las actividades de vida diaria? (ADL)

ADL	Sin dificultad o ayuda	Con poca ayuda	Completamente no puede	No estoy seguro
Banarse				
Vestirse				
De la preparación				
Comer				
Ir al baño				
Transferencias				

¿Puede el paciente hacer actividades instrumental para la vida diaria? (IADL)

IADL	Sin dificultad o ayuda	Con poca ayuda	Completamente no puede	No estoy seguro
Usar el teléfono				
Lavar ropa				
Preparar comidas				
Oficios de limpieza				
Manejo de su dinero				
Administrar su propia medicinas				
Ir de compra de comida				
Manejar y transportación				

(Por favor completar las actividades de vida diaria y las actividades instrumental para la vida diaria en la evaluación geriátrica en (Centricity))

Signos Vitales: Presión Arterial Ortostática

(Después de 3 minutos de parado.)

Presión _____ / _____ Pulso _____

(Después de 5 minutos sentado o acostado.)

Presión _____ / _____ Pulso _____

(Después de 5 minutos sentado o acostado.)

Presión _____ / _____ Pulso _____

Temperatura _____ Estatura _____ Peso _____

(Por favor completar los signos vitales ortostática en (Centricity))