

EVALUACIÓN PARA LA CURVA DE DEPENDENCIA

(Marcar cual corresponde con una cruz)

a) ALIMENTACIÓN

- 0 Sonda
- 1 Dar en la boca
- 2 Necesita ayuda para cortar
- 3 Come solo/a; necesita ayuda para sentarse correctamente y servirse. Colocar adaptación
- 4 Totalmente independiente. Eventualmente necesita adaptaciones

b) HIGIENE

- 0 Lavado completo en cama por personal asistente
- 1 Tronco solo en cama
- 2 Tronco con lavabo. Parte inferior independiente
- 3 Lavado completo en lavabo con cierta ayuda
- 4 Totalmente independiente, incluso dientes, afeitado y peinado

c) MOVILIDAD

- 0 Acostado. Sentado borde cama
- 1 Sillón pararse. Silla de ruedas con ayuda
- 2 Camina con ayuda. Silla de ruedas independiente
- 3 Camina con poca ayuda
- 4 Deambula independiente incluso escaleras

d) REPOSO

- 0 Agitación severa y permanente día y noche. Ritmo de sueño invertido. Coma
- 1 Agitación severa por momentos
- 2 De día tranquilo con sedantes. De noche agitado, a pesar de hipnóticos
- 3 Duerme con hipnóticos. De día sin sedantes
- 4 Duerme sin hipnóticos. De día sin sedantes

e) ORIENTACIÓN

- 0 Desorientado/ con severa y permanente confusión con ideas delirantes y/o agitado
- 1 Desorientado/ severa y permanente confusión sin otros trastornos psíquicos
- 2 Alternativamente desorientado/severa y leve confusión
- 3 Desorientación leve predominantemente temporal
- 4 Orientación total

f) COMUNICACIÓN VERBAL

- 0 No habla – No comprende
- 1 No habla pero comprende parcialmente
- 2 Habla palabras sueltas, frases simples
- 3 Habla oraciones completas con lagunas aisladas
- 4 Comunicación sin alteraciones

g) VESTIDO

- 0 Totalmente dependiente
- 1 Se desviste parcialmente. Solo. Vestido dependiente
- 2 Se desviste solo. Viste tronco parcial
- 3 Viste tronco solo. Parte inferior parcialmente solo.
- 4 Totalmente independiente

h) EVACUACIÓN

- 0 Incontinencia urinaria y fecal
- 1 Incontinencia urinaria. Sonda
- 2 Chata. Papagallo
- 3 Silla de noche/Inodoro con ayuda
- 4 Silla de noche/Inodoro sin ayuda

Por todo lo expuesto en la presente Historia Clínica, este profesional actuante certifica que el paciente, conforme a las capacidades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y de las patologías preexistentes, se debe considerar al mismo con el perfil de:

autoválido – semidependiente – dependiente (tachar lo que no corresponda).

La presente reviste carácter de Declaración Jurada

Extendida en la Localidad de _____

A los _____ del mes de _____ de _____

Firma y Aclaración del Profesional

Se recuerda que el ingreso al servicio del mismo, la presente debe ser cumplimentada por Médico de Organismo Oficial