

**PLANILLA DE AUTORIZACIÓN PARA PRÁCTICAS DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**  
(completada por el médico tratante)

Correspondiente al período desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En caso de prórroga indicar fecha de inicio de presentación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL AFILIADO**

Apellido y Nombre:

Edad:

Afiliado N°:

Teléfono:

Domicilio de la prestación:

Médico tratante:

Apellido y Nombre:

Matricula N°:

Teléfono:

Diagnóstico:

**HISTORIA CLÍNICA (Patología primaria, asociadas y complicaciones)**

**Otras Observaciones:**

Firma y Sello

**PLANILLA DE CONTENCIÓN FAMILIAR**  
(completada por la familia)

Apellido y nombre:..... Afiliado N°:.....  
 Datos de la vivienda:.....  
 Domicilio:..... Localidad:.....  
 Ubicación (zona/barrio):.....  
 Tipo de construcción: Casa  Departamento  Otro  Especificar:.....  
 Cantidad de dormitorios:.....

**Grupo familiar:** Detalle las personas que conviven con el afiliado y sus actividades

**HISTORIA CLÍNICA** (Patología primaria, asociadas y complicaciones)

	Apellido y nombre	Parentesco	Edad	Ocupación/horario
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

¿Quién cuida actualmente al afiliado, cuántas y cuáles horas y cuáles son las tareas que realiza?

Describa en forma breve el ámbito donde se realiza la asistencia.

¿Tiene contacto con otros familiares, vecinos, amigos? Describa.

¿Tiene otras prestaciones autorizadas por IPS actualmente? ¿Cuáles?

¿Tiene relación con otras Obras ó Servicios Sociales?

Nombre y apellido del responsable

DNI

Teléfono

Otros datos de interés:



INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA  
ADMISIÓN AL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD

Anexo III A

**EVALUACIÓN PARA AFILIADOS CON COBERTURA DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

Datos personales

Apellido y nombres:

.....

Edad: ..... Años: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Estado Civil:

.....

Diagnóstico:.....

.....

Fecha de evaluación: .... / .... / .....

---

**RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ENTORNO**

---

**ACTITUD GENERAL DEL PACIENTE**

PERMANECE ALERTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
SE MOVILIZA SOLO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
USA BASTÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
SILLAS DE RUEDAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
ANDADOR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
ATENCIÓN	SOSTENIDA <input type="checkbox"/>	INTERMITENTE <input type="checkbox"/>	ALERTA <input type="checkbox"/>	

**JUNTA DE ADMISION**

Mitre 355 Salta Capital - Salta

Teléfono/Fax: (0387) 4-323172 - E-mail: juntaadmision@ipsalta.gov.ar

**LENGUAJE**

**LENGUAJE EXPRESIVO**

FLUIDO SI  NO

VOCABULARIO ESCASO  BUENO  MUY BUENO

LECTURA SI  NO

COPIA SI  NO

**LENGUAJE COMPRESIVO**

RESPONDE A SU NOMBRE SI  NO  CON DIFICULTAD

SE UBICA EN EL TIEMPO SI  NO  CON DIFICULTAD

SE ORIENTA EN EL ESPACIO SI  NO  CON DIFICULTAD

ESQUEMA CORPORAL SI  NO  CON DIFICULTAD

MEMORIA SI  NO

**ALIMENTACIÓN**

SE ALIMENTA EN FORMA DEPENDIENTE  SEMIDDEPENDIENTE  INDEPENDIENTE

UTILIZA UTENSILLOS CUBIEROS  VASO  OTROS

PRESENTA DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN SI  NO

**HIGIENE**

SE HIGIENIZA EN FORMA DEPENDIENTE  SEMIDDEPENDIENTE  INDEPENDIENTE

**HÁBITOS DE HIEGIENE**

REALIZA ACTIVIDADES DEL HOGAR SI  NO

¿Cuáles?.....

.....