CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA
DE SALUD PÚBLICA

Fecha:_____

Folio:_____

FORMATO DE INGRESO A CUIDADOS PALIATIVOS

Unidad Médica Hospitalaria:_____

Dirección:_____ Teléfono y extensión:_____

Servicio Tratante:_____ Médico tratante:_____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre completo del paciente:						
Fecha de nacimiento del paciente:			Edad:			
Sexo	Femenino	Masculino	Número de Expediente:		NHC:	
Dirección del paciente:	Calle y No.:			Colonia:		Alcaldía:
Teléfonos del paciente:	Particular:			Celular (es):		
Nombre del Cuidador Primario:					Parentesco:	
Teléfono del familiar o Cuidador:	Particular:			Celular (es):		

Diagnostico (s)_____

Fecha de ingreso al Servicio de Cuidados Paliativos: _____

¿Es referido de alguna otra Institución?: Si_____No_____¿Cuál?_____

¿Se contra refiere a otra Institución?: Si_____No_____¿Cuál?_____

Escalas de Valoración en Cuidados Paliativos							
Escala de Funcionalidad en Cuidados Paliativos (PPS)		10-20	30-50	≥60	Índice Pronóstico Paliativo (PPI):	>4	>6
ECOG	0	1		2	3	4	

Tratamiento farmacológico para el control del dolor		
Medicamento/presentación	Dosis y tiempo de preinscripción	Vía de administración

Tratamiento Multidisciplinario			
Enfermería	Psicología	Nutrición	Trabajo Social

¿Se refiere a otro Hospital, Institución o al Programa de Salud en tu Casa? Sí_____No_____¿Cuál?_____

Teléfono de la institución de referencia_____

Persona a la que se refiere: _____

Médico:

Cédula profesional: