

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? _____

Escala 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: