



clínica
DE NUTRICIÓN Y SALUD
Dr. Cormillot

Cuba 3684 - C1429AXR Buenos Aires – Argentina

Tel.: 54 11 4701-6080

Fax (54-11) 4702-6520

E-mail: info@clinicacormillot.com

www.clinicacormillot.com

Fecha:

EVALUACION MEDICA DE ADMISION: PAMI

NOMBRE Y APELLIDO:				
EDAD:	PESO:	ESTATURA:		IMC:
MOTIVO DE CONSULTA	OBESIDAD	ABAN	ADICCIONES	CIRUGÍA
ENFERMEDADES ASOCIADAS:				
CARDIACAS				
PULMONARES ASMA BRONQUIAL				
HEPATO-DIGESTIVAS				
RENALES				
TRAUMATOLOGICAS/ORTOPEDICAS				
OTRAS (ESPECIFICAR)				

ESTADO ACTUAL Y REQUERIMIENTOS DEL PACIENTE

SI NO

¿Puede vestirse solo/a?		
¿Puede levantarse de la cama solo/a?		
¿Puede higienizarse solo/a?		
¿Puede caminar solo/a?		
¿Usa bastones, muletas, andador o silla de rueda?*		
¿Necesita cama ortopédica?		
¿Actualmente requiere oxígeno? En caso afirmativo:		
¿Utiliza tubo /mochila de oxígeno?		
¿Controla esfínteres?		
¿Necesita pañales descartables?		
¿Está en tratamiento Psiquiátrico?		
¿Está en tratamiento Psicológico?		
¿Toma más de dos copas de vino y/o cerveza u otra bebida alcohólica por día?		
¿Ha tenido atracones nocturnos?		
¿Ha realizado ayunos, y/o restricción alimentaria sostenida para adelgazar?		
¿Ha consumido laxantes, diuréticos, pastillas o realizado actividad física excesiva para bajar de peso?		
¿Se ha producido vómitos, luego de comer de más?		
En piel: úlceras, escaras, erisipela, otros		
¿Es diabético/a?		
Está en tratamiento con insulina?		
¿Utiliza hemoglucotest? (medición de glucosa)		
En caso afirmativo:¿Trae las tiras reactivas?		
¿Usa Cpap?		
¿Necesita terapias de rehabilitación kinésica?		
¿Está anti coagulado?		
Ha estado internado en el último año : En caso afirmativo detallar cual fue el motivo.		

Firma-sello

A completar por Medico e clínica Cormillot:

A. INTERCONSULTAS SOLICITADAS: (DETALLAR CUALES Y CUANTAS)

ESPECIALIDAD	CANTIDAD	FRECUENCIA
PSICOLOGIA		
PSIQUIATRIA		
CARDIOLOGÍA		
DR.ARATA.		
DIABETOLOGIA		
FLEBOLOGÍA/VASCULAR		
DERMATOLOGÍA		
TRAUMATOLOGIA		
GINECOLOGIA		
CIRUGÍA		
HEMATOLOGIA		
NEUMONOLOGIA		

B.	CUIDADOS DE ENFERMERIA	SI	NO
C.	REQUERIMIENTO DE BALANZA EN HABITACION		
D.	ACOMPANAMIENTO TERAPEUTICO 12hs o 24hs (circule lo necesario)		
E.	KINESIOLOGÍA.		
F.	MOVIMIENTO ARTICULAR PERSONALIZADO		