



PLANILLA DE ATENCION DOMICILIARIA PROGRAMA DE FISIO/KINESIO

● DATOS PERSONALES:

NOMBRE:

N° DE BENEFICIARIO:

DIRECCION:

TELEFONO:

NIVEL:

● PATOLOGIA DE BASE:

● ESTADO NUTRICIONAL:

BUENO	REGULAR	MALO
-------	---------	------

● ESFINTERES

ANAL	CONTINENTE	
	INCONTINENTE	
	OSTOMIA	
VESICAL	CONTINENTE	
	INCONTINENTE	SONDA
		PAÑAL

● ALIMENTACION

ORAL	S.N.G	GASTRO OSTOMIA	PARENTERAL
------	-------	----------------	------------

● PIEL

ESCARAS	UBICACION	
	PROFUNDIDAD	
	DIAMETRO	
	SECRETANTE	SI / NO

● VIA AEREA

OXIGENOTERAPIA	SI / NO
TRAQUEOSTOMIA	SI / NO



- A.V.D (ACTIVIDAD de la VIDA DIARIA)

ALIMENTACION	DEPENDIENTE
	SEMIDDEPENDIENTE
	INDEPENDIENTE
VESTIMENTA	D / S / I
HIGIENE	D / S / I

- DEAMBULACION

SI	CON ASISTENCIA
	SIN ASISTENCIA
NO	

- MEDICACION:

- TIEMPO DE EVOLUCION:

- PRONOSTICO

BUENO	REGULAR	MALO
-------	---------	------