

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN RESIDENCIAS  
DE LARGA ESTADÍA PARA PERSONAS MAYORES

**EVALUACIÓN INTEGRAL DE SALUD**

**Datos personales**

Apellido y nombre	
N.º de afiliación PAMI	
Fecha de nacimiento	Teléfono de contacto
Género	DNI
Correo electrónico	Edad
¿La persona concurre acompañada a la consulta médica? (Marcar con X lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Datos de la persona que acompaña en la consulta**

Apellido y nombre	
Teléfono de contacto	Vínculo
Correo electrónico	

**Lugar donde se efectúa la evaluación:** (Marcar con X lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Consultorio	<input type="checkbox"/> Domicilio particular
<input type="checkbox"/> II Nivel Clínico	<input type="checkbox"/> Residencia de Larga Estadía
<input type="checkbox"/> II Nivel Salud Mental	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Si se indicó otro, especificar	

## 1 - SALUD GENERAL Y CAPACIDAD FUNCIONAL

### Antecedentes de salud/enfermedad

Clínicos
Quirúrgicos
Oncológicos
Última internación
Otros

### Detallar diagnósticos actuales de salud/enfermedad

Respiratorio
Cardiovascular
Genitourinario
Digestivo
Oncológicos
Hematopoyéticas
Ósteo músculo articular
Piel mucosas faneras
Endocrino - Metabólicas
Inmunológico - Alergias
Problemas odontológicos
Neurológicas
Infectocontagiosas
Venosa vascular
Otros trasplantes

### Detallar déficits sensoriales

Visión	Sí	No	Se indica interconsulta
Audición	Sí	No	Se indica interconsulta

**Detallar incontinencias**

Incontinencia urinaria	No	Temporaria	Definitiva
Incontinencia fecal	No	Temporaria	Definitiva

**Uso de prótesis / ortesis · En caso afirmativo detallar**

No	Sí	Cuál/es
----	----	---------

**Cuidados especiales · En caso afirmativo indicar temporario/definitivo**

Uso de sondas	No	Sí	Temporario	Definitivo
Encamamiento	No	Sí	Temporario	Definitivo
Ostomías	No	Sí	Temporario	Definitivo
Escaras	No	Sí	Ubicación y grado	
Otras curaciones	No	Sí	Detallar	
Oxigenoterapia	No	Sí	Temporario	Definitivo
Diálisis	No	Sí		
Silla de ruedas	No	Sí	Temporario	Definitivo
Pañales	No	Sí	Temporario	Definitivo
Asistencia mecánica en movilidad	No	Sí	Temporario	Definitivo
Otros (detallar cuál/es)				

**Consumo de sustancias**

Consumo de tabaco	No	Sí		
Consumo problemático de bebidas alcohólicas	No	Sí	Detallar	
Consumo problemático de otras sustancias	No	Sí	Detallar	

**Grado de autonomía en actividades de la vida diaria (AVD)** ¿Requiere apoyo? Marcar con X lo que corresponda

Desplazamiento fuera del hogar	Sí	No
Administración del dinero	Sí	No
Compras / Trámites	Sí	No
Utilización de medios de transporte	Sí	No
Manejo, uso y administración de medicación	Sí	No
Higiene del hogar	Sí	No
Desplazamiento dentro del hogar	Sí	No
Vestido/cambio de ropa	Sí	No
Paso cama – sillón	Sí	No
Preparación de comidas	Sí	No
Higiene personal	Sí	No
Alimentación	Sí	No

**Tratamiento farmacológico actual completo**

Polifarmacia	Sí	No
--------------	----	----

**Prácticas terapéuticas no farmacológicas**

Kinésico
Terapia ocupacional
Otras (detallar)

---

**Aspecto nutricional**

Peso	Talla	IMC	
¿Apetito conservado?	Sí	No	
Estado nutricional			
¿Requiere alguna dieta especial?	No	Sí	¿Cuál?
¿Cuenta/requiere atención con algún especialista?		No	Sí
¿Cuál/es?			

---

**Opinión profesional**

Sugiere ingreso a Residencia de Larga Estadía	Sí	No
Fundamentos		

Fecha	Firma	Sello	Tel. de contacto
-------	-------	-------	------------------

## 2 - SALUD MENTAL - ASPECTOS GENERALES

\*Este apartado podrá ser completado por el/la mismo/a profesional suscribiente u otro/a profesional del área de salud mental.

### Evaluación de aspectos cognitivos, conductuales, psíquicos y del ánimo

<b>TEST MINI MENTAL DE FOLSTEIN</b> *Adjuntar test con firma y sello del profesional. Ver modelo en Anexo (Pág. 7-8).	Consignar puntaje del test
--	----------------------------

Evaluación del resultado del test (Marcar con X según corresponda)

No presenta deterioro cognitivo	Dudas/posible
Deterioro cognitivo leve	Deterioro cognitivo moderado
Deterioro cognitivo severo	

¿Presenta actualmente alteraciones y/o trastornos conductuales/del ánimo?  No  Sí

(Marcar con X según corresponda) En caso afirmativo indicar cuál/es

Conductas de agresión física	Irritabilidad
Conductas de agresión verbal	Apatía
Pierde o esconde objetos, valores, etc.	Ansiedad
Deambulación sin propósito evidente	Anhedonia
Conductas de desinhibición sexual	Alteraciones en el sueño
Conductas de fuga	Ánimo deprimido
Alucinaciones / ideas delirantes	Ideación suicida
Otros (detalle)	

### ¿Cuenta con diagnóstico de salud mental?

Sí	Detalle según CIE10
No	Indicar diagnóstico presuntivo CIE10

### Cuenta/requiere atención con especialista

Neurología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Se indica interconsulta
Salud mental	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Se indica interconsulta
Fecha	Firma	Sello	Tel. de contacto

Solo en caso de haber consignado al menos un ítem grisado en el presente apartado deberá ser completado el apartado 3 por el profesional de salud mental.

## ANEXO - MODELO TEST MINI MENTAL

### Prueba de orientación

Temporal		
¿Qué día de la semana es hoy?	0	1
¿Qué fecha? (referido al día del mes)	0	1
¿En qué mes estamos?	0	1
¿Qué año es?	0	1
¿En qué estación del año estamos?	0	1
Espacial		
¿En qué lugar estamos?	0	1
¿Conoce la calle en la que está este edificio?	0	1
¿En qué piso estamos?	0	1
¿Cuál es la ciudad?	0	1
¿En qué país estamos?	0	1

### Prueba de fijación

Repita estas 3 palabras		
Pelota	0	1
Bandera	0	1
Árbol	0	1

### Prueba de atención

Restar de 7 en 7	0	1	2	3	4	5
Deletree mundo al revés	0	1	2	3	4	5

### Prueba de recuerdo

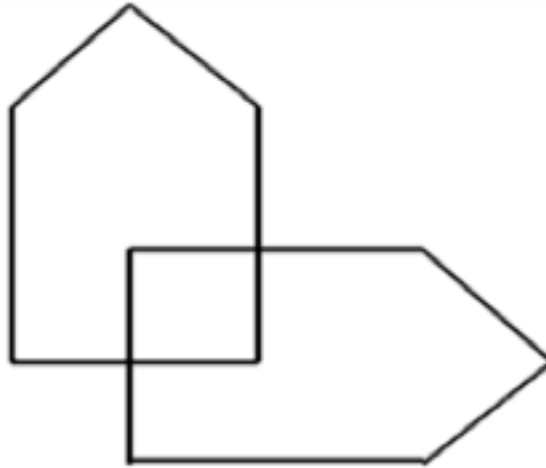
Recuerda las 3 palabras que ha dicho antes	0	1	2	3
--	---	---	---	---

### Prueba del lenguaje

Escuche y repita			
El flan tiene frutilla y frambuesas	0	1	
Tome este papel con su mano izquierda, dóblelo por la mitad utilizando ambas manos y póngalo en la mesa	0	1	2 3
Lea esto y haga lo que dice ("Cierre los ojos")	0	1	
Escriba una frase	0	1	
Mostrar una lapicera, ¿qué es esto?	0	1	

**Prueba de copia del dibujo**

Copie este dibujo	0	1
-------------------	---	---



Copia del dibujo

**Puntuación**

**Referencias**

27 a 30 puntos	Sin deterioro cognitivo
24 a 26 puntos	Deterioro cognitivo dudoso
20 a 25 puntos	Deterioro cognitivo leve
10 a 19 puntos	Deterioro cognitivo moderado
Menos de 10 puntos	Deterioro cognitivo severo



### 3 - SALUD MENTAL - EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA

\*A completar por profesional de salud mental.

#### Datos personales

Apellido y nombre	
N.º de afiliación PAMI	
Fecha de nacimiento	Teléfono de contacto
Género	DNI
Correo electrónico	Edad
<b>¿La persona concurre acompañada a la consulta médica?</b> (Marcar con X lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

#### Datos de la persona que acompaña en la consulta

Apellido y nombre	
Teléfono de contacto	Vínculo
Correo electrónico	

#### Lugar donde se efectúa la evaluación: (Marcar con X lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Consultorio	<input type="checkbox"/> Domicilio particular
<input type="checkbox"/> II Nivel Clínico	<input type="checkbox"/> Residencia de Larga Estadía
<input type="checkbox"/> II Nivel Salud Mental	<input type="checkbox"/> Otro
Si se indicó otro, especificar	
¿La persona concurre a consulta por primera vez?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trayectoria de tratamientos de salud mental previos y tratamientos actuales (si cuenta)	
Fecha de inicio de tratamiento actual	

**Aspectos generales de la entrevista**

¿Colabora con la entrevista?		Sí	No
¿Puede responder y comprender adecuadamente las preguntas que se le hacen?			
Sí	De forma autónoma	Con apoyo	
No	Indicar quién responde		

**Funciones psíquicas, cognitivas y conductuales**

¿Está orientado en tiempo?	No	Sí
¿Está orientado en espacio?	No	Sí
¿Puede sostener la atención durante la entrevista?	No	Sí
¿Evidencia/referencia fallas en la memoria?	No	Sí
¿Reconoce a sus seres cercanos?	No	Sí
¿Evidencia/referencia alteraciones en la sensopercepción?	No	Sí

Detalle:

¿Presenta alteración en ritmo y curso de pensamiento	No	Sí
--	----	----

¿Cuáles?

¿Presenta/referencia anhedonia?	No	Sí
---------------------------------	----	----

¿Presenta/referencia alteraciones en el ánimo?	No	Sí
--	----	----

Detalle:

¿Ha tenido episodios maníacos o hipomaníacos?	No	Sí
---	----	----

¿Presenta conductas bizarras o desorganizadas?	No	Sí
--	----	----

¿Presenta episodios actuales de autoagresividad?	No	Sí
--	----	----

¿Cuáles?

¿Presenta episodios actuales de heteroagresividad?	No	Sí
--	----	----

¿Presenta conductas explosivas, violentas y/o disociales de manera regular?	No	Sí
¿Cuáles?		
¿Presenta consumo problemático de sustancias sin tratamiento?	No	Sí
¿Presenta síndrome confusional o delirium y/o trastorno mental agudo que requieran atención de psiquiatría con frecuencia inferior a 72 horas?	No	Sí
Al momento de la entrevista, ¿presenta conductas o trastornos agudos que configuren riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros en términos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657?	No	Sí

\*Nota: los aspectos grisados con borde resaltado constituyen criterios de exclusión para el ingreso a residencias de larga estadía requiriendo previos abordajes por la especialidad.

Indicar intervenciones efectuadas:

Tratamientos indicados y estrategias sugeridas:

Esquema psicofarmacológico actual/indicado en la entrevista (detallar dosis y frecuencia).

Observaciones profesionales. Contemplar aspectos relevantes y/o contextuales no incluidos en los apartados precedentes.

**Opinión profesional**

Sugiere ingreso a Residencia de Larga Estadía	Sí	No
---	----	----

Fundamentos:

Fecha	Firma	Sello	Tel. de contacto
-------	-------	-------	------------------