

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha:

Limitaciones en la vida diaria

A continuación, se presenta un listado de las principales actividades de la vida diaria para que el profesional tratante pueda marcar con una X si actualmente la persona evaluada las realiza de manera autónoma y espontánea, o requiere de apoyo y asistencia:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	SI	NO	CON APOYO (técnico o humano)	NO ESPERABLE POR LA EDAD	NO TIENE
BÁSICAS					
Control de esfínteres					
Uso del inodoro					
Higiene personal					
Alimentación					
Vestimenta					
Movilidad funcional (sentarse, pararse)					
INSTRUMENTALES					
Mantener conversaciones					
Leer calles, carteles, paradas de transportes					
Caminar hasta 10 cuadras					
Caminar más de 10 cuadras					
Subir y/o bajar escaleras					
Uso del teléfono					
Levantar peso (bolsa de compras, mochila)					
Elaboración de comida básica (sin mezclar ingredientes o utilizar cuchilla)					
Elaboración de comida compleja (mezclando ingredientes o utilizando cuchilla)					
Realización de tareas domésticas básicas (barrer, ordenar)					
Realización de tareas domésticas complejas (lavar platos, lavar ropa, limpiar el baño)					

Utilización de electrodomésticos					
Manejo de la medicación					
Uso de medios de transporte					
Administración de dinero					
Realización de trámites (municipales, por ej)					
Sacar turnos (salud, jubilación, etc)					
Asistencia a jardín de infantes o escuela					
Realización de tareas escolares					
Participación en juegos grupales					
Participación en actividades deportivas					
Participación en actividades de recreación					
Participación en actividades sociales					
Participación en actividades laborales					

Por favor, describa las secuelas y limitaciones que presenta la persona en su funcionamiento diario para desenvolverse de manera autónoma. Explique los apoyos que considera necesarios implementar.

Diagnósticos (CIE-10), aclarar fecha de cuándo se realizó

Estudios realizados para el diagnóstico

**Antecedentes, tiempo de evolución y tratamiento/s realizado/s (fecha de realización),
filtrado glomerular**

Tratamiento/s de rehabilitación actual (si realiza aclarar desde cuándo)

Respuesta al tratamiento