

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