		REGISTRO SOLICITUD DE CAMA	
Código	Fecha de emisión	Número de revisión	Página
06.03.20			1 de 2

Clínica DINATOS
Rehabilitación Ambulatoria e Internación

Calle 508 esq. 31 (1903) La Plata
Tel. 0221-4847084/ 4846289/ 4848055

SOLICITUD DE REHABILITACION

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre _____
 Edad _____ DNI _____
 Domicilio _____
 Obra Social _____
 Persona a cargo o responsable _____
 Teléfono _____


INTERNACION ACTUAL

Centro donde se encuentra internado _____
 Médico que deriva _____
 Teléfono _____ E-mail _____
 Diagnóstico _____
 Fecha de la lesión _____ Fecha estimada de alta _____
 Teléfono _____

ENFERMEDAD ACTUAL: describir además la discapacidad y/o pérdida funcional:

ANTECEDENTES:

Observaciones: _____

		REGISTRO SOLICITUD DE CAMA	
Código	Fecha de emisión	Número de revisión	Página
06.03.20			2 de 2

Úlceras por presión: SI/NO Localización: _____

Infecciones: SI/NO Localización: _____

Tratamiento: _____

Deterioro cognitivo: SI/NO

Disfagia orofaríngea: SI/NO

Requiere Oxígeno: SI/NO

Subheparinización: SI/NO

Anticoagulación: SI/NO

Patología psiquiátrica: SI/NO. Tratamiento: _____

DATOS DE LABORATORIO

FECHA	__/__/__	FECHA	__/__/__
Hb		pH	
Hto		PO2	
Leuc		PCO2	
ERS		HCO3	
Urea		Sat. O2	
Creatinina		FiO2	
Glucemia		Orina	
Proteínas		PCR	
Albumina			

HISOPADO PARA KPC Y EVR: _____ FECHA / /

ESTUDIOS:

Videodeglución: SI/NO. Fecha: _____

Informe: _____

Otros: _____

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

Cirugías: SI/NO. Fecha: __/__/__ Comentarios:

Traqueostomía: SI/NO. Fecha: __/__/__ N° de cánula: __ Recambio: __/__/__

Sonda nasogástrica: SI/NO. Fecha: __/__/__ Tipo de alimento y volumen: _____

Gastrostomía: SI/NO. Fecha: __/__/__ Tipo de alimento y volumen: _____

Sonda vesical: SI/NO: Fecha: __/__/__ Tipo de sonda y N°: _____

Escarectomías: SI/NO. Fecha: __/__/__. Comentario: _____

MEDICACION ACTUAL: