

Ministerio de Turismo y Deporte
Dirección Nacional de Deportes
Centro de Rehabilitación, Educación Física e
Integración Social
" Casa de Gardel"

C.I. _____	
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____
Edad _____ Estado civil _____	Ocupación _____
Nombre del familiar responsable _____	Teléfono _____
Domicilio _____	
Médico tratante _____	Tel / mail _____
Fecha de derivación médica ____ / ____ / ____	
Tipo de cobertura: Salud Pública _____ Mutualista _____ BPS _____	

Diagnóstico _____

Antecedentes Personales _____

Evaluación Actual:

Estado general: _____

Cardiovascular: _____

Pleuropulmonar: _____

T. Urinario: continente _____ no contiene _____

T. digestivo alto _____

AVD: Funcionalidad actual

Autocuidado independiente _____ Dependiente _____

Desplazamiento

bastones		silla de ruedas	
muletas		andador	

Núcleo Familiar _____

Tratamientos realizados

Antecedentes quirúrgicos _____

	Frecuencia	Nombre del Profesional	Tel / mail
Fisioterapia			
Psicomotricista			
Hidroterapia			
Equinoterapia			
Fonoaudiología			
Psicólogo			
Psiquiatra			

Medicación actual: _____

Forma de traslado _____

¿ Qué espera usted del Centro " Casa de Gardel " para su paciente?

Firma del médico

Firma del familiar

ESTE FORMULARIO DEBE SER ENTREGADO CON FOTOCOPIA DE HISTORIA CLINICA Y
DE CEDULA DE IDENTIDAD
CERTIFICADO DE APTITUD FISICA .