



 ALCALDIA MUNICIPAL MUNICIPIO DE SECRETARIA DE INVESTIGACION SOCIAL	PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO VALORACION POR ENFERMERIA PARA PERSONAS HABITANTES DE CALLE	G466: FOR-P63-125 Versión 2 Father: 140010200002 - 00000001 Página 1 de 1
--	--	--

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: <u>Camacho Gomez</u> Primer Apellido: <u>Camacho</u> Segundo Apellido: <u>Alfonso</u>	Edad: <u>43</u> Sexo: <u>M</u> Estado Civil: <u>Viudo</u> Religion: <u>Religioso</u>	Identificación: <u>43</u> Fecha de Emisión: <u>14/06/2014</u>
--	---	--

2. ANTECEDENTES DE SALUD

ANTECEDENTES PERSONALES	ASPECTOS FAMILIARES				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Alimentación alterada SI ☒ NO ☒ Quemaduras SI ☐ NO ☒ Cáncer SI ☐ NO ☒ Quirúrgico SI ☐ NO ☒ Farmacológico SI ☒ NO ☒ Trauma SI ☐ NO ☒ Alérgicos SI ☐ NO ☒ Tratamiento psiquiátrico SI ☒ NO ☒ Tratamiento farmacológico SI ☒ NO ☒ Otros, cuáles? </td> <td style="width: 50%;"> Ejercicio de profesión SI ☒ NO ☒ Fumar SI ☒ NO ☒ Saludado SI ☒ NO ☒ Enfermedad mental SI ☒ NO ☒ Consumo de SIDA SI ☒ NO ☒ Consumo de Alcohol SI ☒ NO ☒ Consumo de Tabaco SI ☒ NO ☒ Tiempo máximo de 15 días SI ☒ NO ☒ Tiempo de hospitalización SI ☒ NO ☒ OTROS SI ☐ NO ☒ </td> </tr> </table>	Alimentación alterada SI ☒ NO ☒ Quemaduras SI ☐ NO ☒ Cáncer SI ☐ NO ☒ Quirúrgico SI ☐ NO ☒ Farmacológico SI ☒ NO ☒ Trauma SI ☐ NO ☒ Alérgicos SI ☐ NO ☒ Tratamiento psiquiátrico SI ☒ NO ☒ Tratamiento farmacológico SI ☒ NO ☒ Otros, cuáles?	Ejercicio de profesión SI ☒ NO ☒ Fumar SI ☒ NO ☒ Saludado SI ☒ NO ☒ Enfermedad mental SI ☒ NO ☒ Consumo de SIDA SI ☒ NO ☒ Consumo de Alcohol SI ☒ NO ☒ Consumo de Tabaco SI ☒ NO ☒ Tiempo máximo de 15 días SI ☒ NO ☒ Tiempo de hospitalización SI ☒ NO ☒ OTROS SI ☐ NO ☒	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Alimentación alterada SI ☒ NO ☒ Quemaduras SI ☐ NO ☒ Cáncer SI ☐ NO ☒ Enfermedad mental SI ☒ NO ☒ Alma SI ☒ NO ☒ Enfermedad cardíaca SI ☒ NO ☒ Problemas de circulación SI ☒ NO ☒ Epilepsia SI ☐ NO ☒ Otros, cuáles? </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>	Alimentación alterada SI ☒ NO ☒ Quemaduras SI ☐ NO ☒ Cáncer SI ☐ NO ☒ Enfermedad mental SI ☒ NO ☒ Alma SI ☒ NO ☒ Enfermedad cardíaca SI ☒ NO ☒ Problemas de circulación SI ☒ NO ☒ Epilepsia SI ☐ NO ☒ Otros, cuáles?	
Alimentación alterada SI ☒ NO ☒ Quemaduras SI ☐ NO ☒ Cáncer SI ☐ NO ☒ Quirúrgico SI ☐ NO ☒ Farmacológico SI ☒ NO ☒ Trauma SI ☐ NO ☒ Alérgicos SI ☐ NO ☒ Tratamiento psiquiátrico SI ☒ NO ☒ Tratamiento farmacológico SI ☒ NO ☒ Otros, cuáles?	Ejercicio de profesión SI ☒ NO ☒ Fumar SI ☒ NO ☒ Saludado SI ☒ NO ☒ Enfermedad mental SI ☒ NO ☒ Consumo de SIDA SI ☒ NO ☒ Consumo de Alcohol SI ☒ NO ☒ Consumo de Tabaco SI ☒ NO ☒ Tiempo máximo de 15 días SI ☒ NO ☒ Tiempo de hospitalización SI ☒ NO ☒ OTROS SI ☐ NO ☒				
Alimentación alterada SI ☒ NO ☒ Quemaduras SI ☐ NO ☒ Cáncer SI ☐ NO ☒ Enfermedad mental SI ☒ NO ☒ Alma SI ☒ NO ☒ Enfermedad cardíaca SI ☒ NO ☒ Problemas de circulación SI ☒ NO ☒ Epilepsia SI ☐ NO ☒ Otros, cuáles?					

3. SIGNOS VITALES

Temperatura: _____ Peso: _____ Frecuencia: _____ Presión: _____	Edad: _____ Sexo: _____ Religion: _____	Forma: _____ Forma: _____ Forma: _____	Forma: _____ Forma: _____ Forma: _____
--	--	---	---

4. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

Observaciones: Se observó que el paciente presenta un cuadro de depresión, con pérdida de peso, falta de interés por la vida, y aislamiento social. Se recomienda seguimiento psicológico y farmacológico.

Recomendaciones: Se recomienda seguimiento psicológico y farmacológico.

5. FIRMAS Y SELLOS

Firma del paciente: <u>Camacho Gomez</u> Nombre quien diligencia el formato: <u>Camacho</u>	Firma del profesional: <u>Alfonso Camacho</u> Nombre del profesional: <u>Alfonso Camacho</u> Código de identificación: <u>430113076</u>
--	--