

EMERGENCIA

1.- ENCUESTA SOCIO ECONÓMICA HOJA 1

HOSPITAL PSIQUIATRICO "LORENZO PONCE" TRABAJO SOCIAL - AREA DE EMERGENCIA ENCUESTA SOCIO - ECONOMICA

FECHA DE INGRESO:
HISTORIA CLINICA:
1er. INGRESO:
REINGRESO: SALA:
MEDICO TRATANTE:
CAMA:

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

CEDULA DE IDENTIDAD:
NOMBRES: APELLIDOS:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:
ESTADO CIVIL: OCUPACION:
INSTRUCCION: DEJA DE ESTUDIAR PORQUE:
TOTAL DE HERMANOS: EL PCTE. ES EL:
RECIBE AYUDA SOCIAL O ESTA AFILIADO ALGUN GREMIO:

DIRECCION DOMICILIARIA: TELEFONO:
PROPIA ALQUILADA CEDIDA CAÑA MIXTA CEMENTO
CASA ESQUINERA A MITAD DE LA CUADRA COLOR

PERSONAS RESPONSABLES DEL PACIENTE QUE LO ACOMPAÑAN:

CECULA DE IDENTIDAD:
NOMBRES Y APELLIDOS: PARENTESCO:
DIRECCION DOMIC.: TELEFONO:
TRABAJO: TELEFONO:
CECULA DE IDENTIDAD:
NOMBRES Y APELLIDOS: PARENTESCO:
DIRECCION DOMIC.: TELEFONO:
TRABAJO: TELEFONO:

COMPOSICION FAMILIAR:

NOMBRE:	APELLIDOS:	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES:

POSICION SOCIO ECONOMICA:

VIVIENDA: ALIMENTACION: EDUCACION:
AGUA: LUZ: TRANSPORTE: OTROS:
INGRESOS: EGRESOS:

ENCUESTA SOCIO ECONÓMICA HOJA 2

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL PSIQUIATRICO "LORENZO PONCE"
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

AREA SALUD:

FECHA	Hora	PARTE DE NOVEDADES
		<p><u>DATOS PERSONALES</u></p> <p>Nombres y Apellidos:</p> <p>Edad:</p> <p>Dirección:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Representante:</p> <p>Dirección:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Sala:</p> <p>Médico Tratante:</p> <p><u>DESCRIPCION</u></p>

3. – DATOS DEL PACIENTE HOJA 1

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL PSIQUIATRICO "LORENZO PONCE"
GUAYAQUIL - ECUADOR
Historia Clínica, Unidad de Admisión



Fecha: . . .
Hora: . . .

01. DATOS DE AFILIACIÓN.

Nombre:
Cedula #:
Lugar y Fecha Nacimiento:
Lugar de Residencia:
Escolaridad:
Persona con que vive:
Representante Legal:

Informante:

Nombre:
Lugar de Residencia:
Nombre:
Lugar de Residencia:

Estado Civil:

Ocupación:
Parentesco:

Cedula #:

Cedula #:

Historia Clínica:
Edad:
Teléfono:
Sexo:

Teléfono: .
Teléfono: .

Relación: .
Teléfono: .
Relación: .
Teléfono: .

02. MOTIVO DE CONSULTA.

03. DESARROLLO DEL CUADRO ACTUAL.

DATOS DEL PACIENTE HOJA 2

04. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD.

Personales.

Médicos
Quirúrgicos
Alérgicos
Gineco – Obstétricos
Psiquiátricos

Familiares.

Médicos
Psiquiátricos

Hábitos.

06. REVISIÓN POR SISTEMAS.

Cardiovascular
Respiratorio
Digestivo
Genito – Urinario
Otros

07. EXAMEN FÍSICO, SIGNOS VITALES.

Cabeza y cuello
Tórax
Abdomen
Extremidades

DATOS DEL PACIENTE HOJA 3

08. EXAMEN NEUROLÓGICO.

Nivel de conciencia

Pares craneales

Sistema motor (marcha, movimientos asociados, fuerza, tono, volumen muscular, fasciculaciones)

Coordinación (prueba dedo-nariz, prueba talón-rodilla, movimientos alternos)

Reflejos Osteotendinosos

Sensibilidad

Signos meníngeos (rigidez de nuca, signo de Kernig, signo de Brudzinski, fotofobia, hiperestesia globos oculares)

Examen vascular (pulsos carotídeos, pulsos temporales, auscultación de cabeza y cuello)

09. HISTORIAL PERSONAL.

Características de la infancia y la niñez

Adaptación familiar y social

Escolaridad

Adolescencia

Edad Adulta

Adaptación Social

Rasgos y características de la personalidad

Experiencias emocionalmente perturbadoras

Historia Familiar

DATOS DEL PACIENTE HOJA 4

10. EXAMEN MENTAL.

Apariencia General	L	M	S
<input type="checkbox"/> Sobre peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bajo peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mal nutrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Robusto, fornido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mayor de su edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Menor de su edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vestimenta	L	M	S
<input type="checkbox"/> Apropiada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Elegante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Informal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desaliñado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sucio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pasado de moda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Extravagante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Provocativo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Características Remarcables	L	M	S
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No afeitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Barbado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ciego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prótesis auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Handicap físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malformación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Movimientos Anormales	L	M	S
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estupor catatonico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rigidez catatonico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flexibilidad cérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Excitación catatonica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Posturas catatonica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dificul. para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estereotipias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Manierismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Parpadeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rencidos, mímicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mov. Coreoatetoides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mov. Distónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Posturas Anormales	L	M	S
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rígido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desplomado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jorobado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interacción General y Afecto	L	M	S
<input type="checkbox"/> Relajado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Despreocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cooperador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Adulador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Encantador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dramático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Evasivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reservado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	L	M	S
<input type="checkbox"/> Hostil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cortante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No cooperador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bizarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contacto Ocular	L	M	S
<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inadecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sentimiento Anímico General	L	M	S
<input type="checkbox"/> Apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Restringido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Embotado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Distante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aplanado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lábil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Incongruente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Apático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pasivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambivalente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aprehensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asustado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Al borde del desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Con pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Disgustado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Furioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Euforia / Depresión	L	M	S
<input type="checkbox"/> Eufórico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Extático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eufórico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Expansivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Disfórico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Auto reproches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desesperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desvalorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Indefenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Incapaz Desc. Sentim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sin Concién. Sentim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voz	L	M	S
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Murmurada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Timbre alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Timbre bajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Timbre variable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tartamuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Balbuceo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL PACIENTE HOJA 5

Cogniciones Anormales	L	M	S
<input type="checkbox"/> Ninguna			
<input type="checkbox"/> Conciencia Clara			
<input type="checkbox"/> Somnolencia			
<input type="checkbox"/> Obnubilación			
<input type="checkbox"/> Delirium			
<input type="checkbox"/> Estupor			
<input type="checkbox"/> Coma			
<input type="checkbox"/> Estado Crepuscular			
<input type="checkbox"/> Estado de ensoñación			

Desorientación	L	M	S
<input type="checkbox"/> Ninguna			
<input type="checkbox"/> Persona			
<input type="checkbox"/> Espacio			
<input type="checkbox"/> Tiempo			

MMSE 1ª Parte					
No hecho a menos que chequeado					
<input type="checkbox"/> Edificio					
<input type="checkbox"/> Piso					
<input type="checkbox"/> País					
<input type="checkbox"/> Provincia					
<input type="checkbox"/> Ciudad					
<input type="checkbox"/> Año					
<input type="checkbox"/> Estación					
<input type="checkbox"/> Mes					
<input type="checkbox"/> Fecha					
<input type="checkbox"/> Día de la semana					
<input type="checkbox"/> Score todo correcto = 10					
MMSE 2ª Parte					
No hecho a menos que chequeado					
<input type="checkbox"/> Repetir 3 objetos: bola, bandera, árbol					
<input type="checkbox"/> Score todo correcto = 3					

Alteraciones en la Memoria	L	M	S
<input type="checkbox"/> Ninguna			
<input type="checkbox"/> Reciente			
<input type="checkbox"/> Pasada (7 días)			
<input type="checkbox"/> Remota			

Atención	L	M	S
<input type="checkbox"/> Adecuada			
<input type="checkbox"/> Hipoprosexia			

MMSE 3ª Parte					
No hecho a menos que chequeado					
7s seriados (máximo 5 puntos, 1 por o/correcto)					
<input type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 86	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 65	<input type="checkbox"/> 58
<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 23
<input type="checkbox"/> No pudo sustraer 7s pero pudo sustraer 3s					
<input type="checkbox"/> Ningún error					
<input type="checkbox"/> Score					

Jutelo	L	M	S
<input type="checkbox"/> Bueno			
<input type="checkbox"/> Pobre			
<input type="checkbox"/> Alterado			

Insight	L	M	S
<input type="checkbox"/> Bueno			
<input type="checkbox"/> Adecuado			
<input type="checkbox"/> Pobre			
<input type="checkbox"/> Alterado			

Información General	L	M	S
<input type="checkbox"/> Buena			
<input type="checkbox"/> Suficiente			
<input type="checkbox"/> Pobre			

Inteligencia (estimada)	L	M	S
<input type="checkbox"/> Superior			
<input type="checkbox"/> Sobre promedio			
<input type="checkbox"/> Promedio			
<input type="checkbox"/> Bajo el promedio			
<input type="checkbox"/> Retardado			

Anomalías Pensamiento	L	M	S
<input type="checkbox"/> Ideas de referencia			
<input type="checkbox"/> Ideas bizarras			
<input type="checkbox"/> Pensamiento mágico			
<input type="checkbox"/> Creencias clarividencia			
<input type="checkbox"/> Desrealización			
<input type="checkbox"/> Despersonalización			
<input type="checkbox"/> Pens. Obsesi. Compul.			
<input type="checkbox"/> Conduc. Obse. Comp.			
<input type="checkbox"/> Rituales			
<input type="checkbox"/> Fobias			
<input type="checkbox"/> Supersticiones			

Alteraciones Perceptuales	L	M	S
<input type="checkbox"/> Ninguna			
<input type="checkbox"/> Alucinac. Olfativas			
<input type="checkbox"/> Alucinac. Táctiles			
<input type="checkbox"/> Alucinac. Visuales			
<input type="checkbox"/> Alucinac. Auditivas			
<input type="checkbox"/> Alucinac. Gustatorias			
<input type="checkbox"/> Alucinac. Hipnagogi.			
<input type="checkbox"/> Alucinac. Hipnopom.			
<input type="checkbox"/> Ilusiones recurrentes			
<input type="checkbox"/> Deja vu			
<input type="checkbox"/> Micropsia			
<input type="checkbox"/> Macropsia			

Alucinaciones Auditivas	L	M	S
<input type="checkbox"/> Ninguna			
<input type="checkbox"/> Una voz			
<input type="checkbox"/> Varias voces			
<input type="checkbox"/> Voces dentro cabeza			
<input type="checkbox"/> Voces fuera cabeza			
<input type="checkbox"/> Escucha propios pensa.			
<input type="checkbox"/> Voces que discuten			
<input type="checkbox"/> Voces comen. acciones			
<input type="checkbox"/> Voces que ordenan			
<input type="checkbox"/> Voces fragmentadas			
<input type="checkbox"/> Voces congru. animo			
<input type="checkbox"/> Voces no congru. ani.			

DATOS DEL PACIENTE HOJA 6

Delusiones (de)	L	M	S	No refiere
Ninguna				
___ Control	___	___	___	___
___ Referencia	___	___	___	___
___ Persecución	___	___	___	___
___ Sexuales	___	___	___	___
___ Nihilistas	___	___	___	___
___ Grandeza	___	___	___	___
___ Religiosas	___	___	___	___
___ Somáticas	___	___	___	___
___ Celos	___	___	___	___
___ Bizarras	___	___	___	___

Cree que esta controlada por	No refiere
Nadie	
___ Hipnotismo	___
___ Inserción pensam.	___
___ Sustracción pensam.	___
___ Telepatía	___

Discurso	L	M	S	No refiere
Normal				
___ Incoherente	___	___	___	___
___ Ilógico	___	___	___	___
___ Descarriado	___	___	___	___
___ Desorganizado	___	___	___	___
___ Pérdida de las asociac.	___	___	___	___
___ Ensalada de palabras	___	___	___	___
___ Neológicos	___	___	___	___
___ Circunstanciales	___	___	___	___
___ Vago	___	___	___	___
___ Tangencial	___	___	___	___
___ Pomposo	___	___	___	___
___ Sobre-elaborado	___	___	___	___
___ Perseverante	___	___	___	___
___ Auto referencial	___	___	___	___
___ Metafórico	___	___	___	___
___ Monótono	___	___	___	___
___ Pobre en cantidad	___	___	___	___
___ Pobre en contenido	___	___	___	___
___ Bloqueos	___	___	___	___
___ Escalada	___	___	___	___
___ Pérdida del objetivo	___	___	___	___
___ Presuroso	___	___	___	___
___ Remitente	___	___	___	___
___ Fuga de ideas	___	___	___	___
___ Asociación por sonid.	___	___	___	___
___ Aproxim. de palabras	___	___	___	___
___ Juegos de palabras	___	___	___	___

Proverbios	L	M	S	No refiere
No se hizo				
___ Camarón que se duer.	___	___	___	___
___ Concreto	___	___	___	___
___ Flojo	___	___	___	___
Dime con quien andas				
___ Concreto	___	___	___	___
___ Flojo	___	___	___	___

Similitudes	L	M	S	No refiere
No se hizo				
___ Naranja-Manzana	___	___	___	___
___ Concreto	___	___	___	___
___ Flojo	___	___	___	___
Avión-Bicicleta				
___ Concreto	___	___	___	___
___ Flojo	___	___	___	___

MMSE 4ª Parte	
No hecho a menos que chequeado	
Evocación	
___ Recordar los 3 objetos	
Score	___ (max. 3)
Lenguaje	
___ Nominación: Mostrar reloj y pluma y pedirle que los nombre	___ /2
___ Repetición: Pedirle que repite "El flan tiene frutillas y frambuesas"	___ /1
___ Comprensión: Coja el papel con la mano dere. doble por la mitad y póngalo en piso	___ /3
___ Lectura: Lee y realiza el comando "Cierre los ojos"	___ /1
___ Escritura: Cualquier frase	___ /1
___ Construcción: Copia el diseño	___ /1
Total MMSE:	
Total de partes 1121314=30	
Rango Normal: 24 -30	

Impresión Diagnóstica

Observaciones

Firma y sello del Médico.

4.- ACTIVIDADES REALIZADAS EMERGENCIA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce"
CALLE 1801 - TELEFONO 88002
GUAYAQUIL - ECUADOR

TRABAJO SOCIAL

AREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS

PARA:

DE:

ASUNTO:

ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL DE LA SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS					
pacientes hospitalizados					
Pacientes con permisos					
Pacientes salen con Alta Médica y					
Pacientes pasan a control de consulta externa					
Pacientes pasan a Sala General y/o Pensionado					
Pacientes pasan a la Sala de C. Intermedios					
Visitas a pacientes con Médico					
Total de pacientes hospitalizados					
Participación de Staff de la Sala					
ENTREVISTAS					
A familiares, pacientes o representante					
Terapia de Apoyo Familiar					
Seguimiento de Casos					
Orientación al paciente de procedimiento terapéutico					
ELABORACION DE INFORMES					
Ficha Social					
Reporte Social					
Informe Social					
Por descuentos o exoneraciones de pagos de Consultas					
Exámenes					
Recetas					
Memorándum					
Oficios					
Transporte o Ambulancia					
VISITAS (localizar familiar Seguimiento de Caso)					
Vía Telefónica					
Comunicados					
Telegramas					
Visitas Domiciliarias					
Visitas a trabajos					
GESTIONES REALIZADAS					
Por Exámenes de Laboratorio					
T.A.C.					
R.M.N.					
Ecografía					
Por Interconsultas a otros Hospitales					
Por Hospitalización					
GESTIONES EXTRADEPARTAMENTALES					
Consecución de Recursos					