



Solicitud de ingreso

Página 1/5

Nombre*

Apellido*

Cédula de Identidad*

Fecha de Nacimiento*

Identidad de Género*

Mujer Varón Mujer Trans Varón Trans Otro No definida No binario No contesta

Ascendencia Étnica Racial*

Blanca Afro o negra Asiática o amarilla Indígena Otra

Edad*

Departamento de residencia*

Ciudad*

Domicilio*

Teléfono de Contacto*

Correo electrónico*

Nivel de escolarización*

Primaria incompleta Primaria Completa Educación media básica Educación media o superior Educación terciaria incompleta Educación terciaria completa Posgrado No escolarizado Otros

Ocupación previa al evento*

Funcionalidad previa al evento*

Nombre de familiar o cuidador acompañante*

Teléfono de familiar o cuidador acompañante*

Parentesco de acompañante*

Correo electrónico de acompañante*

* Campos Obligatorios

– Al momento de presentar la solicitud se debe adjuntar copia de Cédula de identidad y Constancia domicilio. La documentación se deberá traer de forma presencial en la primera consulta.



Solicitud de ingreso

Página 2/5

Datos prestador de salud y terapeuta tratante*

Prestador de Salud

Especifique prestador privado o seguro

Razón por la que se solicita el ingreso

Inquietud personal Inquietud familiar Inquietud del equipo de salud tratante

Expectativas del usuario respecto a la atención en el Centro de Rehabilitación

Expectativas familiares respecto a la atención en el Centro de Rehabilitación

Realizó previamente tratamiento de rehabilitación

Sí No

¿Dónde realizó el tratamiento previo?

¿Que terapias recibió?

- Fisioterapia
- Fonaudiología
- Terapia Ocupacional
- Neuropsicología
- Otros

¿Actualmente recibe terapias de rehabilitación?

Sí No

Terapeutas que lo están tratando

Datos de contacto de terapeuta que lo trata



* Es obligatorio llenar todos los campos para poder analizar la solicitud

Solicitud de ingreso

Página 3/5

Datos a completar por el equipo de salud tratante*

Diagnóstico Principal

- ACV
 TEC
 LESION MEDULAR
 MIELOMENINGOCELE
 ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR
 AMPUTADO
 ARJ / AIJ
 FRACTURAS
 OTROS

Más información sobre el diagnóstico:

Fecha diagnóstico:

Antecedentes personales:

Evaluación actual:

Estado nutricional:

Peso (Kg):

Talla (CM):

Diagnóstico secundario

- Compromiso cognitivo: Si No
- Trastorno conductual: Si No
- Epilepsia: Si No
- Oxígeno dependencia: Si No
- Enfermedad cardiovascular: Si No
- Traqueotomía: Si No
- Complicaciones ortopédicas: Si No
- Escaras: Si No
- Micosis: Si No
- Sonda urológica: Si No
- Alteración de la marcha: Si No
- Continencia urinaria: Si No
- Continencia digestiva baja: Si No



* Es obligatorio llenar todos los campos para poder analizar la solicitud

Solicitud de ingreso

Página 4/5

Deformidad de raquis: Si No
 Alteraciones en MMI: Si No
 Alteraciones en MMSS: Si No
 Compromiso cognitivo: Si No
 Trastorno deglutorio: Si No
 Autoriza vía oral con fines terapéuticos: Si No
 Trastorno del lenguaje comprensivo: Si No
 Trastorno del lenguaje expresivo: Si No
 Comunicación únicamente por gestos: Si No
 Otros diagnósticos secundarios:

Marcha:

independiente asistida no logra marcha

Ayudas técnicas que utiliza:

Silla de Ruedas Bastón Andador Comunicador alta tecnología
 Comunicador baja tecnología Otros

Tratamiento actual

Fisioterapia: Si No
 Terapia Ocupacional: Si No
 Hidroterapia: Si No
 Fonoaudiología: Si No
 Psicología: Si No
 Otros: Si No

Férulas

Otros: Si No
 Tipo de férula



Solicitud de ingreso

Página 5/5

Tratamiento de espasticidad

Requirió tratamiento de espasticidad: Si No

Fenol: Si No

Toxina: Si No

Tratamientos Quirúrgicos

Osteotomía: Si No

Miembro superior: Si No

Miembro inferior: Si No

Columna: Si No

Otro: Si No

Fecha de último tratamiento quirúrgico :
_____Tratamiento farmacológico (tipo, dosis, frecuencia):
_____Exámenes de laboratorio y paraclínica:

– Al momento de presentar la solicitud se debe adjuntar una copia de los resultados de exámenes de laboratorio y paraclínica más un resumen de historia clínica.

Datos de contacto del Centro o Profesional de la salud*

Nombre completo de profesional tratante:
_____Especialidad:
_____Teléfono de contacto:
_____Correo electrónico:
_____Número de caja profesional:
_____Qué espera de nuestro centro?:

* Es obligatorio llenar todos los campos para poder analizar la solicitud