

## Datos personales

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Grado de dependencia: \_\_\_\_\_

## Datos clínicos

Diagnósticos médicos: \_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos de interés: \_\_\_\_\_

## Medicación

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Mediodía							
Noche							

## Signos vitales

Tensión arterial: \_\_\_\_\_ Saturación O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Frecuencia cardíaca: \_\_\_\_\_ Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

## Cuidados personales

Alimentación: \_\_\_\_\_ Actividades diarias: \_\_\_\_\_

Higiene diaria: \_\_\_\_\_ Actividades periódicas: \_\_\_\_\_

Higiene periódica (podólogo, peluquería etc.): \_\_\_\_\_

## Cuidados externos

Limpieza del hogar: \_\_\_\_\_ Citas médicas: \_\_\_\_\_

Compra doméstica: \_\_\_\_\_ Otras gestiones: \_\_\_\_\_

## Comentarios

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_