

Reporte de las condiciones de salud y de los síndromes geriátricos

Datos de identificación de la persona que realiza la valoración

Nombre completo

Fecha de elaboración del reporte

Datos de identificación de la persona mayor

Nombre y apellidos

Número de expediente/afiliación

Sexo: Mujer

Hombre

Fecha de nacimiento (día / mes / año)

Edad

Fecha de determinación

Servicio

Diagnóstico de ingreso:

Valoración SPPICEES

Identificación de síndromes	Sí	No
Existe riesgo de úlceras por presión.		
En los últimos 6 meses ha perdido una talla o 2kg de peso sin conocer la causa.		
La PAM está muy enferma y/o es probable que esté en ayuno por más de 5 días.		
Presenta dolor que le impide realizar actividades de la vida diaria.		
Tiene dificultad para desplazarse y realizar sus actividades.		
Ha tenido cambios de conducta y desorientación.		
Se observan datos de apatía, tristeza o desinterés.		
Ha tenido salida de orina y/o heces sin que lo pueda evitar.		
Cuenta con apoyo de cuidador primario.		
Tiene problemas para dormir		

Observaciones:

De acuerdo con la valoración SPPICEES determine si amerita otra valoración. Rellene según corresponda.

Valoración específica

	Puntuación / Resultado	Interpretación	Observaciones:
PUSH o TIME	<input type="text"/>		<input type="text"/>
MNA® ampliado	<input type="text"/>		<input type="text"/>
EVA	<input type="text"/>		<input type="text"/>
CAM	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Escala de Maltrato	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Continúa al reverso



