

HISTORIA ENFERMERÍA

Nombre del Centro: San Basilio Fecha de Ingreso: 28/ 01/ 98

Nº. de Historia: _____ Nº de la seguridad social: 28/8064915

• DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Molina Toledo Caridad

D.N.I.:

Fecha de Nacimiento: 17/ 04 / 1910

Lugar de nacimiento: Murcia

Municipio: Murcia Provincia: Murcia Sexo: M Profesión: _____

Estado Civil:

Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a

Nivel Educativo:

Analfabeto Básica Bachillerato Superior

Calificación Minusvalía:

FAMILIARES MÁS PROXIMOS:

Nombre y Apellidos: Amparo Rios Molina Parentesco: Sobrina

Calle: N.º: Piso:

Municipio: Provincia: Teléfono:

Nombre y Apellidos: Josefa Ríos Molina Parentesco: Sobrina

Calle: N.º: Piso:

Municipio: Provincia Teléfono:

LISTADO DE PROBLEMAS:

- *Hipotiroidismo subclinico.*
- *HTA*
- *DMNID con retinopatía diabética*
- *Demencia senil. Atrofia corticosubcortical*
- *ACV derecho: infarto ténporo – occipital*
- *AIT varios*

- *Neumonía de que precisó ingreso (2)*
- *Poli artrosis*
- *Colé litiasis*
- *Úlcera gástrica*
- *L.A.M.G*
- *HH*
- *Esofagitis peptica*

VACUNACIONES

Motivo de ingreso: Voluntario Petición familiar Emergencia Social

Procedencia al ingreso: Domicilio Hospital Otro centro

Último Domicilio: Calle: Nº: Piso:

Municipio: Provincia: Teléfono:

¿Está Incapacitado? SI NO En trámite (fecha de iniciación)

En caso afirmativo, indicar fecha de incapacitación.

¿Está tutelado? SI NO En trámite (fecha de iniciación)

En caso afirmativo, indicar fecha de la tutela

Tutor: Nombre y apellidos .

Calle: Nº: Piso: CP:

Municipio: Provincia: Teléfono:

Póliza defunción: compañía

Peso.. Talla					
Apetito:	Normal	Aumentado	Disminuido		
Ritmo	Normal	Disminuido			
Masticación	Buena	Deficiente	Nula		
Estado bucal	Completo	Incompleto	Sin dentadura		
	Estado piezas:	Bueno	Malo		
	Prótesis dental:	NO	SI	Parcial	Total
	S.N.G		Otras sondas:		
Consistencia	Normal	Triturada	Pretriturada		
Tipo de dieta:	Normal	Hipo sódica	Diabética	Otras:	
Precisa cubiertos especiales:	NO		SÍ		
Habitos dieteticos:					
Autonomía en la alimentación:	Parcial	Total	Ninguna		
Tipos de alimentos preferidos		no contesta			

Alimentos no tolerados:	No contesta
-------------------------	-------------

2. 1 PATRÓN RESPIRATORIO / CARDIOVASCULAR



RESPIRATORIO

Normal

Dificultad respiratoria

Leve

Moderada

Severa

CARDIOVASCULAR

Varices

H.T.A.

A.C. Fecha

Edemas Localización

Coloración piel

Oxigenoterapia

2. 2 PATRÓN DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

HIDRATACIÓN:		
Estado de hidratación:	Bueno	Malo
Signos de deshidratación	NO	SI
	NO	SI

2. 3PATRÓN DE ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESINAL:					
Incontinencia	NO	SI	Ocasional	Nocturna	Diurna
Estreñimiento:	NO	SI			
Pañal:	NO	SI			
Otros					

ELIMINACIÓN VESICAL:					
Incontinencia:	NO	SI			
Sonda vesical:	NO	SI	Temporal	Permanente	
Malestar:	NO	SI	Retención:	NO	SI
Pañal:	NO	SI			
ELIMINACIÓN CUTÁNEA					
Sudoración cutánea:	Normal	Excesiva			
Drenajes:	NO	SI			
Menstruación:					
Ciclo de	Días				
Regular	Irregular	Especificar: ya no tiene menstruación			

2. 4 PATRÓN DE HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL

HABITOS HIGIENICOS:			
Nivel de autonomía	Solo	Ayuda parcial	Ayuda total
	Baño	Ducha	higiene parcial
Frecuencia:	Diaria	Semanal	
Corte / arreglado de pelo:		Afeitado / depilación:	
Corte uñas mano:	Frecuencia :cuando la auxiliar crea conveniente, normalmente una vez por semana		
Corte uñas de pies	Frecuencia: cuando la auxiliar crea conveniente, normalmente una vez por semana		

INTEGRIDAD DE LA PIEL:	NO	SI	
Ulceras por presión	NO	SI	Localización:
Cuidados específicos:	NO	SI	Localización:
Otras (erupciones, dermatitis)			

2. 5 PATRÓN DE MOVILIDAD

Grado de dependencia:	Total	Parcial	Ninguna	
Deambulación:	NO	SI		
Precisa ayuda:	NO	SI	Bastón o andador	Silla de ruedas
	Otros			
Falta de miembros:	NO	SI		
Prótesis:	NO	SI	Especificar:	
Ortesis:	NO	SI	Especificar	
Dolor con movimiento:	NO	SI		
Observaciones: no se observar que se queje de dolor al moverla.				

2. 6 PATRÓN DE DESCANSO Y SUEÑO

PROBLEMAS DE SUEÑO:		
Al inicio	Interrumpido	Despertar temprano

Somnolencia excesiva:
Factores que alteran el sueño:
Ayudas para favorecer el sueño:
Medicación:

2. 7 PATRÓN DE SEGURIDAD

Perdida de sensibilidad	NO	SI	Localización:..	
MEDIDAS DE PROTECCIÓN FISICA	NO	SI		
CONTENCIÓN MECANICA	NO	SI	Diurna	Nocturna
			Localización:	

2. 8 PATRÓN SEXUAL

Deseo / Interés sexual	NO	SI
Actividad sexual	NO	SI
Observaciones:		

2. 9 PATRÓN ESPIRITUAL

Creencias religiosas	NO	SI	Especificar:
Practicas religiosas:	NO	SI	Especificar:
Observaciones: tiene incapacidad para hablar, el área cognitiva esta muy deteriorada por ello no sabemos si tiene algún tipo de creencias.			

2. 10 PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

CONCIENCIA/ACTITUD RESPECTO AL ENTORNO:						
Somnolencia	Confuso	Apático	Hipervigilante			
Sólo sigue instrucciones	No responde a estímulos			Distraído		
ORIENTACIÓN ESPACIO / TIEMPO / PERSONAS						
Reconoce:						
Lugar donde se encuentra / domicilio / ciudad / país:			NO	SI		
Día y mes / año / estación /			NO	SI		
Persona significativa / grado de relación / función personal			NO	SI		
Quien es : nombre, edad, fecha de nacimiento			NO	SI		
ALTERACIONES PERCEPTIVAS:						
Auditiva (tipo):	NO	SI	Visual(tipo): Retinopatía diabética	Táctiles	NO	SI
Olfativas (tipo):	NO	SI	Otras (especificar):			
Localización de la percepción:			Interna	Externa		
CUALIDADES DE LA MEMORIA:						
Inmediata / Reciente:			Remota			
Características de la alteración:						
INTELIGENCIA GENERAL:						

Adaptado al entorno	NO	SI		
Retrasos específicos generalizados:	NO	SI		
ORGANIZACIÓN PENSAMIENTO / LENGUAJE:				
Contenido:				
Coherente / organizado	Alterado			
Descripción breve de la alteración:				
Comportamiento adoptado frente a la alteración: (Ritualista, defensivo, destructivo o violento): ninguno				
Curso:				
Inhibición o bloqueo	Aceleración	Perseverancia		
Disgregación	Incoherencia	Otros:		
Expresión del lenguaje:				
Velocidad	Normal	Rápido	Lento	Paroxístico
Cantidad:	Normal	Abundante	Escaso	
Volumen:	Normal	Alto	Bajo	
Otras alteraciones:				

2. 11 PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

IDENTIDAD PERSONAL:				
Ajustada a la realidad	Confusa		Equivocada	
AUTODESCRICIÓN DE SÍ MISMO:				
Sobrevaloración de capacidades y logros				
Exageración de errores y desgracias				
Infravaloración de éxitos				
Otros:				
AUTOEVALUACIÓN GENERAL / COMPETENCIA DE PERSONAL:				
Positiva		Negativa		
Sentimiento respecto a ello y frecuencia:				
Inferioridad		Superioridad		Ambivalencia
Culpabilidad		Inutilidad		Impotencia
Ansiedad		Rabia		Indiferencia
Miedo		Tristeza		Resignación
Otros: no da a conocer sus sentimientos, aparentemente no percibe nada, te mira pero no se sabe si sabe lo que esta mirando o mira al infinito.				
COMPORTAMIENTOS realizados para compensarlos:				
Interés / desinterés por actividades receptivas: se observa un desinterés				
Cambio notable de habilidades o funciones físicas / corporales				
Idea de suicidio				
Otras alteraciones o datos de interés:				

2. 12 PATRÓN DE AFRONTAMIENTO / ADAPTACIÓN AL ESTRÉS

ESTADO DE TENSIÓN / ANSIEDAD	
Generalizado	Temporal

Historia enfermería Valoración Geriátrica

2. VALORACIÓN

1

2

8

9

55

6

7

10

4

3

1