



FICHA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONES: INGRESO

Definición del evento: Toda internación por motivos de salud mental como recurso terapéutico.

INFORMACION DEL CIUDADANO

(*) Tipo de documento: D.N.I. DOC.EXTRANJERO INDOC. Nº País de emisión:

(*) Nombre:

(*) Apellido:

(*) Sexo asignado al nacer: Mujer Hombre Indeterminado

Identidad de Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans

No binarie Travesti Desconocido Otro:

Estado civil: Desconocido/a Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Unión Convivencial

(*) Fecha de nacimiento: / / (DD/MM/AAAA)

Provincia de residencia Departamento:

Localidad:

Teléfono: Correo electrónico:

Domicilio de residencia (Calle / Manzana):

Nº Piso Depto.: Cód. Postal:

Cobertura de salud:

Ocupación:

Máximo nivel educativo alcanzado:

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

(*) Establecimiento notificador:

Provincia: Departamento:

(*) Fecha de internación: / / (DD/MM/AAAA)

Apellido y nombre del (los) profesional(es) interviniente(s)

Teléfono: Correo electrónico:

DIAGNÓSTICO

(*) Diagnóstico principal al momento de la internación (CIE 10: diagnóstico de salud mental):

(*) Motivo de internación:

Enfermedad médica (CIE 10: excepto diagnóstico de salud mental):

SITUACIÓN DE LA INTERNACIÓN

(*) Internación voluntaria SI-NO:	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
(*) Firma consentimiento (persona o representante)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Tuvo internación/es previa/s en esta institución u en otra?	SI <input type="radio"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NS/NC <input type="radio"/>

SITUACIÓN ECONÓMICA, HABITACIONAL Y VINCULAR

¿Tiene ingreso monetario por jubilación/pensión/subsidio, beca de externación y/o herencias?	SI <input type="radio"/>	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> En tte
Para su externación dispone de vivienda	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Posee referentes vinculares y/o grupo de convivencia para la externación	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	

SITUACIÓN JUDICIAL

¿Posee certificado de discapacidad?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> en tte	<input type="radio"/> NS
¿Posee declaración de incapacidad?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		
¿Cuenta con curador designado?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		
¿Posee capacidad restringida?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		
¿Cuenta con apoyo/s designado?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		
Fecha de la sentencia de restricción de la capacidad o de declaración de incapacidad DD MM AAAA	Día <input style="width: 50px;" type="text"/>	Mes <input style="width: 50px;" type="text"/>	Año <input style="width: 150px;" type="text"/>	
¿Se realizó revisión de sentencia?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		
Fecha de la última revisión de sentencia DD MM AAAA	Día <input style="width: 50px;" type="text"/>	Mes <input style="width: 50px;" type="text"/>	Año <input style="width: 150px;" type="text"/>	

Responsable a Cargo (referente vincular) DNI

Parentesco: Teléfono:

Firma y aclaración del (los) profesional(es) interviniente(s)