

Ficha Médica Domiciliaria

Actualizar cada vez que cambie el tratamiento o el estado del paciente

DATOS PERSONALES

Nombre completo: _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Obra social / Prepaga y N° de afiliado: _____

Grupo sanguíneo: _____

DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES

Diagnóstico principal: _____

Otros diagnósticos / antecedentes relevantes: _____

Médico tratante y especialidad: _____

Centro de salud u hospital de referencia: _____

MEDICACIÓN ACTUAL

Medicamento	Dosis	Horario	Con / sin alimentos

ALERGIAS Y CONTRAINDICACIONES

Alergia medicamentosa y tipo de reacción: _____

☐ Sin alergias conocidas

INDICACIONES ESPECIALES

Dieta / textura especial: _____

Dispositivos médicos (sonda, oxígeno, etc.): _____

Restricciones de movilidad: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Cuidador/a principal (Siempre Cuidar) — nombre y teléfono: _____

Contacto familiar de referencia — nombre y teléfono: _____

Última actualización / firma responsable: _____

Siempre Cuidar S.R.L.

Tu tranquilidad, nuestra prioridad.