

**PLANILLA DE PERFIL PERSONAL
PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**

Estimado/a profesional:

Considerando el contexto actual de pandemia y que el grupo de personas con discapacidad (PCD) es un grupo muy amplio, con distintas edades: niños, adolescentes, adultos y ancianos y, con distintos tipos de discapacidad que, en consecuencia, requieren distintos tipos de atención, como la discapacidad visual, auditiva, intelectual, motriz y discapacidad múltiple, se ha confeccionado esta planilla de perfil personal de PCD, sólo con ánimo de facilitar información al profesional de salud que recibe al paciente en caso de resultar positivo por Covid-19. Cuando una persona recibe este tipo de información, sumado una derivación de internación a centro de salud, generalmente, el impacto emocional que genera, hace que surja la posibilidad que, la persona que tiene que brindar información necesaria, específica y esencial para la salud del paciente, revista olvidarse. Es fundamental considerar que, el grupo de personas con discapacidad, es un grupo vulnerable, pero no necesariamente de alto riesgo, la planilla de perfil personal, la cual debe ser completada por el médico y equipo terapéutico tratante, brinda datos que colaborarán en el diferencial vulnerabilidad/alto riesgo.

PLANILLA PERFIL PERSONAL DE PCD

Nombre y Apellido Sexo
DNI/LC/LE/PSP/CI N°
Fecha de Nacimiento Edad
Nacionalidad Estado Civil.....
Domicilio.....
Localidad.....
Teléfono fijo o móvil
Diagnóstico

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Para el caso de personas mayores de edad:

- Interesado/a con apoyo designado judicialmente
- Interesado/a con apoyo extrajudicial
- Curador/a designado judicialmente

Para el caso de personas menores de edad:

- Madre
- Padre
- Tutor/a

Nombre y Apellido.....
Tipo de documento N° Sexo
Nacionalidad
Domicilio
Localidad.....
Vínculo
Teléfono fijo o móvil

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
(Completar por médico profesional tratante)

Lugar Fecha

Datos del paciente

Nombre y Apellido

DNI

Posee CUD: Sí/No N°

Diagnóstico.....

Intervenciones Terapéuticas

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Estado de salud general y evolución del cuadro clínico de base en el último año

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma y Sello

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PROFESIÓN

DATOS DEL TERAPEUTA/PROFESIONAL

Nombre y Apellido

N° Mat./Reg. Teléfono de contacto

Domicilio de atención

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido

Diagnóstico

Tipo de discapacidad

Requerimientos específicos y necesarios a considerar

(en este punto tener en cuenta, según área de intervención correspondiente, fármacos, psicofármacos, nutrición, modalidad comunicacional, utilización de prótesis y órtesis, nivel de dependencia, otros datos que considere necesarios)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma y Sello
