**DATOS DE SALUD DEL PACIENTE CRÓNICO CON** 

**LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Esta hoja con información tiene como objetivo de forma resumida proporcionar información del paciente en caso sea atendido en una unidad de urgencia.

El paciente o su cuidador (a), deberán adjuntar documentación médica comprobatoria (Epicrisis, recetas, exámenes, informes médicos, carné de controles / entrega de medicamentos, etc.). Si no tiene información adicional, adjunte la que tenga más reciente como exámenes. Se sugiere tenga una carpeta con su información.

**El paciente es responsable del llenado de la información.**

Use una letra legible para escribir, o pida ayuda para que sea completada en WORD, asegúrese de pasar bien la información y sea cronológica, así se podrá evaluar. Lleve consigo esta hoja y tenga copias en su hogar. Recuerde que los problemas de salud están en el **GES78 para todo tipo de paciente de Lupus Eritematoso Sistémico.**

**DATOS PERSONALES.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres y Apellidos | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rut |  | | | | | | | Género | | |  | Fecha de Nacimiento |  | | | | | Edad | |  | |
| Nacionalidad | | |  | | | Dirección | | | |  | | | | Comuna | |  | | | Región | |  |
| Previsión | |  | | | Teléfonos | | | |  | | | | | | Email | |  | | | | |
| En caso de emergencia avisar a | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**DATOS PERSONALES SITUACIÓN DE SALUD.**

En caso de asistir a una urgencia: (Se sugiere llenar con color rojo o destacar con un destacador)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grupo de Sangre | Tiene marca pasos | | Tiene algún implante o dispositivo en su cuerpo | | | Usa anticoagulante | | | Diabético (a) insulino dependiente | Hipertenso (a) |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |
| Asmas Bronquial | | Tiene Enfermedad Cardiovascular | | Asiste a diálisis | Asiste a quimioterapia | | Recibe tratamiento por depresión | Otra información relevante  (alérgico (a) a algún medicamento) | | |
|  | |  | |  |  | |  |  | | |

Información de situación de salud.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Diagnósticos | Fecha de diagnóstico | Centro de Salud donde tengo mis atenciones y controles médicos | Mi Médico Tratante | Contacto |
|  | Lupus Eritematoso Sistémico |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Descripción de hospitalizaciones que ha tenido en el último tiempo. Ejemplo, descompensaciones, crisi de enfermedad, otras | Fecha de ingreso | Fecha de alta | Centro de Salud donde estuvo hospitalizado (a) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DATOS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.** (Medicamentos) Anote todos los medicamentos de utiliza y sus dosis.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Diagnóstico | Nombre del medicamento | mg/ml | Dosis | Oral (pastilla / comprimido), inyectable, etc. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Otra información que desee registrar: |