

FORMULARIO PACIENTE / PATIENT FORM

(*) Datos obligatorios / *Required data*

Este formulario lo puede rellenar un familiar o un profesional / *This form can be filled in by a family member or a professional*

Rogamos adjunten a este formulario un informe médico o un resumen actual de la patología del paciente, preferiblemente de no más de 5 páginas / *Please attach to this form the most recent medical report or a summary of the patient's disease, preferably no more than 5 pages*

Nombre paciente* / <i>Patient's name</i>			
Teléfono / <i>Phone</i>		e-mail:	
Fecha de nacimiento* / <i>Date of birth</i>		Idioma del paciente / <i>Patient's language</i>	
Persona de referencia / <i>Reference person</i>			
Enfermedad principal* / <i>Main disease</i>			
Fecha enfermedad* / <i>Date of illness</i>			
Motivo de la consulta* / <i>Reason for consultation</i>			
Enfermedades adicionales* / <i>Additional diseases</i>			
Peso / <i>Weight</i>		Altura / <i>Height</i>	
¿Dónde se encuentra actualmente el paciente? / <i>Where is the patient currently?</i>	<input type="checkbox"/> UCI (unidad de cuidados intensivos) / ICU (intensive care unit) <input type="checkbox"/> Hospital / Hospital <input type="checkbox"/> Residencia o centro de convalecencia / Residence or Nursing home <input type="checkbox"/> Casa / Home		
Parálisis brazos/ <i>Arm paralysis</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i> <input type="checkbox"/> Lado derecho / <i>Right side</i> <input type="checkbox"/> Lado izquierdo / <i>Left side</i>		
Parálisis piernas/ <i>Leg paralysis</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i> <input type="checkbox"/> Lado derecho / <i>Right side</i> <input type="checkbox"/> Lado izquierdo / <i>Left side</i>		

Capacidad de marcha/ <i>Gait capacity</i>	<input type="checkbox"/> Marcha independiente / <i>Independent gait</i> <input type="checkbox"/> Bastón o caminador / <i>Cane or wheel walker</i> <input type="checkbox"/> Silla de ruedas / <i>Wheelchair</i> <input type="checkbox"/> No movilidad / <i>No mobility</i>
Grado de dependencia* / <i>Dependence level</i>	<input type="checkbox"/> Encamado o totalmente dependiente/ <i>Totally dependent or bedridden</i> <input type="checkbox"/> Es dependiente pero colabora en algunas tareas / <i>Is dependent but collaborates in some tasks:</i> <input type="checkbox"/> comer/ <i>eating</i> <input type="checkbox"/> higiene/ <i>hygiene</i> <input type="checkbox"/> vestido/ <i>dressing</i> <input type="checkbox"/> uso wc/ <i>wc use</i> <input type="checkbox"/> Prácticamente independiente pero precisa pequeñas ayudas o supervisión / <i>Almost independent but still requires little help or supervision</i>
Desequilibrio/ <i>Imbalance</i>	<input type="checkbox"/> Si/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>
Trastorno del habla / <i>Speech disorder</i>	<input type="checkbox"/> Si/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>
Trastorno de deglución/ <i>Swallowing disorders</i>	<input type="checkbox"/> Si/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>
Necesidades específicas* / <i>Specific needs</i>	<input type="checkbox"/> Traqueostomía / <i>Tracheostomy</i> <input type="checkbox"/> Sonda gastrostomía o sonda nasogástrica / <i>Gastrostomy or nasogastric tube</i> <input type="checkbox"/> Sonda urinaria / <i>Urinary catheter</i> <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica / <i>Mechanical ventilation</i> <input type="checkbox"/> Precisa oxígeno / <i>Requires oxygen</i> <input type="checkbox"/> Tiene úlceras por presión / <i>Has pressure ulcers</i> <input type="checkbox"/> Otros / <i>Others</i>
Medicación actual / <i>Current medication</i>	

<p>Expectativas de su tratamiento en Guttman / <i>Treatment expectations in Guttman</i></p>	
<p>¿Precisa transporte de recogida en el aeropuerto? <i>Will you need airport pick-up service?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> Camilla/Stretcher <input type="checkbox"/> Silla/ Chair <input type="checkbox"/> No/ No</p>	
<p>¿Las características del paciente permiten tratamiento ambulatorio? <i>Do patient characteristics allow outpatient (ambulatory) treatment?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Si/Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita ayuda para buscar alojamiento/ Needs assistance finding accommodation <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Tipo habitación / <i>Room type</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Individual/Single <input type="checkbox"/> Doble compartida/Double shared <input type="checkbox"/> Sofá-cama acompañante/Sofa-bed for escort <input type="checkbox"/> Dietas acompañante/Escort expenses</p>
<p>Dieta (según costumbres, origen i/o religión)/ <i>Diet (according custom, origin or religion)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Halal / Halal <input type="checkbox"/> Vegetariana / Vegetarian <input type="checkbox"/> Otras / Others</p>
<p>Información adicional / <i>Additional notes</i></p> <p>Pueden usar este espacio para cualquier otra duda o sugerencia / <i>You may use this space for any other question or suggestion</i></p>	

Muchas gracias por completar este formulario. La información proporcionada nos ayudará a proporcionar una mejor atención.

Thank you very much for completing this form. The information provided will help us provide a better care.