



FORMULARIO RESAM

FICHA DEL CIUDADANO

*Nombre y Apellido: _____			
*Documento:	Tipo: CI <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> DNIF <input type="checkbox"/> DNIM <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/>		
	Número: _____		
*Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>		
*Fecha de nacimiento:	Día ____ / Mes ____ / Año ____		
País de nacimiento:	_____	Se declara pueblo indígena(): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
*Domicilio:	Calle: _____	Localidad: _____	Provincia: _____
	Número: _____ Depto: _____		
*Teléfono:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de teléfono: _____	
*Cobertura social:	Plan o seguro público <input type="checkbox"/>	Obra social <input type="checkbox"/>	Plan de salud privado o mutual <input type="checkbox"/>
	Más de uno <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>	
Nivel de formación alcanzado:		Completo	Incompleto
	Ciclo EGB (1ro y 2do)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciclo EGB (1ro y 2do)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciclo EBG (3ro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Educación Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Polimodal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Secundario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin estudios	<input type="checkbox"/>		
Ocupación (mayores de 12 años):	No trabaja y busca trabajo <input type="checkbox"/>		No trabaja y no busca trabajo <input type="checkbox"/>
	Trabaja o está de licencia <input type="checkbox"/>		

* Valores requeridos



INGRESO	
*Fecha de ingreso a la institución: Día ____/Mes ____/ Año ____	
<i>Diagnóstico</i>	
*Diagnóstico principal al momento de la internación (CIE 10: diagnóstico de salud mental) _____	
Comorbilidad de salud mental(CIE 10: diagnósticos de salud mental): _____	
Enfermedad médica (CIE 10 excepto diagnósticos de salud mental): _____	
*Motivo de internación:	
Riesgo cierto o inminente para sí <input type="checkbox"/>	Riesgo cierto o inminente para terceros <input type="checkbox"/>
Crisis y/o descompensación <input type="checkbox"/>	Problemas asociados a la contención familiar <input type="checkbox"/>
Problemas asociados con la vivienda <input type="checkbox"/>	Orden judicial <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____
<i>Situación de la internación</i>	
*¿La internación es voluntaria?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
*¿La persona o su representante legal firmó consentimiento informado para la internación actual?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cantidad de internaciones previas: _____	
*¿Necesita apoyo para efectuar las actividades de la vida diaria?: Si, mucho <input type="checkbox"/> Si, poco <input type="checkbox"/> No necesita <input type="checkbox"/>	
<i>Situación económica, habitacional y vincular</i>	
¿Tiene ingreso monetario por jubilación/ pensión/ subsidio, beca de externación y/ o herencia?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En trámite <input type="checkbox"/>	
¿ Para su externación dispone de vivienda particular? : Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿ Posee grupo de convivencia para el momento de la externación?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>Situación Judicial</i>	
*¿Tiene juicio de interdicción de la capacidad jurídica (insania, inhabilitación)?: Sí <input type="checkbox"/> } ¿ Fue revisado en los últimos 3 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿ Posee certificado de discapacidad?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En trámite <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
*¿ La internación actual se ha notificado al juez? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

* Valores requeridos



ACTUALIZACIÓN (para ser llenado luego de los 90 días de internación)

Nombre y apellido: _____

N° de documento: _____

*Fecha de actualización: Día ____/ Mes ____/ Año ____

*Actualmente, ¿realiza alguna labor dentro de la institución?:

Sí, remunerada Sí, no remunerada No

Actualmente, ¿realiza alguna labor por fuera de la institución?:

Sí, remunerada Sí, no remunerada No

La persona o su representante legal, ¿firmó consentimiento internado para la internación actual?: Sí No

¿ Cuántos días ininterrumpidos de permisos de salida tuvo?: _____

Pensión por discapacidad: Sí No En trámite

Motivo por el cual continúa internado:

Riesgo cierto o inminente para sí

Riesgo cierto o inminente para terceros

Crisis y/o descompensación

Problemas asociados a la contención familiar

Problemas asociados con la vivienda

Orden judicial

Otros

¿Cuáles? _____

* Valores requeridos



EGRESO
*Fecha de egreso: Día ____/Mes ____/ Año ____
*Motivo de egreso: Alta <input type="checkbox"/> Derivación <input type="checkbox"/> Abandono de tratamiento <input type="checkbox"/> Defunción <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Provincia: Localidad: Lugar de residencia: Vivienda propia/ alquilada <input type="checkbox"/> Vivienda de un familiar o amigo que lo reciba <input type="checkbox"/> Dispositivo habitacional independiente de la institución <input type="checkbox"/> Hotel/ Pensión <input type="checkbox"/> Familia sustituta <input type="checkbox"/> Dispositivo habitacional dependiente de la institución <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
*Tratamiento ambulatorio : Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿ Dónde se realiza el tratamiento ambulatorio?: En la misma institución <input type="checkbox"/> Otro efector polivalente <input type="checkbox"/> Centro de salud (CAPS,CIS,CIC,UPA) <input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/> Otro efector monovalente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Provincia: _____ Localidad: _____
¿Existe la prestación de acompañamiento gestionada por la institución?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*¿ Tiene ocupación laboral productiva al momento del egreso? : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*¿ Recibe algún ingreso monetario por jubilación/ pensión/ subsidio, beca de externación y/o herencias al momento del egreso? : Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*Diagnóstico principal al momento del egreso (CIE 10: diagnóstico de salud mental): _____
*Sin diagnóstico al momento del egreso: <input type="checkbox"/>
Comentarios: _____ _____

* Valores requeridos