

EXPEDIENTE DE BENEFICIARIO.

DATOS GENERALES.

Nombre: JOSEFINA FLORES VEAZQUEZ Numero de afiliación: 0003 Fecha de Nacimiento: 09/03/1963

Domicilio: SAN BALTAZAR #1738 teléfono: 3314893797

Nombre del responsable a cargo:

ENFERMEDADES FAMILIARES.

(Seleccione si a tenido familiares con alguna de las sig. Enfermedades)

- Cáncer.
- Diabetes.
- Hipertensión.
- Demencia.
- Ninguna.

VACUNAS.

(Seleccione las vacunas que le han aplicado)

- Influenza.
- Tétanos.
- Difteria.
- Neumococo.
- Covid.
- Ninguna.

Consumo de Alcohol y/o Droga: FUMAR

Desde hace cuánto tiempo: 15 AÑOS SOLO AVECES

Alergias: PENICILINA

Padece Alguna Enfermedad: DIABETES

EXPLORACION FISICA.

T/A: 130/90

FC: 87

FR: 20

SpO2: 92

Temperatura: 36

Glicemia:

Peso (Kg): 65

Talla: 1.52

EXAMEN CEFALOCAUDAL.

- Cabeza: N/A
- Audición: N/A
- Dentadura: PLACAS
- Cuello: N/A
- Extremidades Superiores: TIENE FRACTURA EN MANO DERECHA
- Extremidades Inferiores: DOLORES EN LAS PIERNAS
- Tórax: N/A
- Abdomen: N/A
- Genitourinario: ESTREÑIMIENTO
- Estado de la Piel: N/A

ESCALA DOWNTOWN.

VARIABLE DE MEDICION.	RESPUESTA.	VALOR.
Caídas Previas.	Si.	1
	No.	0
Medicamentos.	Si.	1
	Ninguno.	0
Déficit Sensorial.	Alteraciones Visuales.	1
	Alteraciones Auditivas.	1
	Extremidades.	1
	Ninguna.	0
Estado Mental.	Orientado.	0
	Confuso.	1
Deambulación.	Normal.	0
	Seguro con Ayuda.	1
	Inseguro con Ayuda.	1
	Imposible.	1

Valor igual o mayor a 3: Alto Riesgo. Valor de 1 a 2: Mediano Riesgo. Valor de 0 a 1: Bajo Riesgo. TOTAL= 1

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RELACIONADO CON:	MANIFESTADO POR:

OBSERVACIONES:

ESCALA DE VULNERABILIDAD.

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (<i>consola, juegos de la memoria</i>)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts.			

8

PUNTUACION: 15

CARTA CONSENTIMIENTO BENEFICIARIO.

La protección de sus datos e imagen es muy importante.

Con el propósito de difundir y comunicar material que exponga el trabajo de la Asociación Civil en la que se integra, solicitamos consentimiento,

A: _____

Para difundir fotografías e imágenes en redes sociales y otros medios visuales de comunicación. La difusión del material fotográfico será con fines informativos y didácticos teniendo como objetivo **promover las actividades de CASA ISIS RICO**, y crear consciencia sobre la vejez y sus vicisitudes.

Consentimiento

Por medio del presente, yo: _____ autorizo el uso de mi imagen con el objetivo **de promover las actividades de CASA ISIS RICO**, y crear consciencia sobre la vejez y sus vicisitudes.

Consultar aviso de privacidad en: <https://www.facebook.com/ResidencoiaAltataAC>

FORMATO OFICIAL DE ESTUDIOS SOCIOECONOMICOS.

CURP: FOVJ630309MJCLLS04

Estado Civil: SOLTERA

Lugar de Nacimiento: GDL

Domicilio y entrecalles: SANTA FE Y SAN PEDRO

Es cabeza de familia: SI

DISCAPACIDAD.

(Seleccione el tipo de discapacidad que presenta)

- Visual.
- Auditiva.
- Lenguaje.
- Motriz.
- Intelectual.
- Física.
- Ninguna.

ESCOLARIDAD.

(Seleccione la escolaridad que tiene)

- Primaria.
- Secundaria.
- Bachillerato.
- Técnico.
- Licenciatura.
- Posgrado.
- Ninguno.

OCUPACIÓN.

(Seleccione a que se dedica actualmente)

- Estudiante.
- Hogar.
- Empleado.
- Obrero.
- Profesionista.
- Agricultor.
- Ganadero.
- Jornalero.
- Eventual.

SU CASA ES:

(Seleccione la opción)

- Propia, pagada y escriturada.
- Propia sin escrituras.
- Propia y se está pagando.
- Rentada.
- Prestada.
- Vive con un familiar.

CARACTERISITICAS DE LA VIVIENDA.

(Seleccione las características del hogar)

- 1 planta.
- 2 plantas.
- Sala.
- Comedor.
- Cocina
- Numero de Recamaras: 3
- Número de baños: 1
- Patio.
- Cochera.

PISO.

(Seleccione las características del hogar)

- Vitropiso.
- Cemento.
- Tierra.

TECHO.

(Seleccione las características del hogar)

- Ladrillo.
- Concreto.
- Lamina.
- Cartón.

AUTOMOVIL

- Propio.
- Prestado.
- No tiene.

INTEGRANTES DEL HOGAR E INGRESOS ECONOMICOS.

NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTE SCO	ESCOLARIDAD	SERVICIO MEDICO	OCUPACION	INGRESO MENSUAL
ALBERTO OCTAVIO	37	15/ENE/1986	HIJO	PREPARATORIA	SI	ADMINISTRACION DE EMPRESA	4000
ALONSO DAMIAN	26	1/ABRIL/	NIETO	SECUNDARIA	SI	EMPLEADO	2500

GASTO MENSUAL.

- Alimentación: 3000
- Educación: 1000
- Renta: N/A
- Luz: 1000
- Agua: DEBE AGUA
- Transporte: N/A
- Combustible /gas: 300
- Otro gasto (Especificar):

SERVICIOS MEDICOS.

(Seleccione el tipo de servicio medico con el que cuenta)

- **IMSS.**
- ISSSTE.
- INSABI.
- Particular.
- PEMEX.
- SEDENA.

ENFERMEDADES QUE EXISTEN EN LA FAMILIA.

(Seleccione enfermedades presentes en su familia)

- Cáncer.
- Hipertensión.
- Cardiopatías.
- Alergias.
- **Diabetes.**
- Quemaduras.
- Hipotensión.
- Estrabismo.
- Paladar hendido.
- Alzheimer.
- Epilepsia.
- Discapacidades.
- Enfermedad renal.

Nombre del familiar que padece la enfermedad: BRIGIDO FLORES M,ARQUEZ

Parentesco: PADRE

Enfermedad: DIABETES

APOYO SOCIAL Y DE GOBIERNO.

¿A recibido algún apoyo de gobierno estatal municipal? (DIF, ORGOA, Instancia de la mujer, desarrollo social etc.)

Monto: NO TIENE

TIPO DE APOYO SOLICITADO.

(Seleccione el tipo de apoyo)

- **Si mismo.**
- Padre.
- Madre.
- Hijo.
- Hermano.
- Otro.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

SE VERIFICO LA INFORMACION ANTERIOR CON VISTA

☒ OFICINA

☐ VISTA DOMICILIARIA

☐ VISTA COLATERAL

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA ENCUESTA

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

