



ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification



"Servicios de Rehabilitación Neurológica  
Traumatológica, Cadiorespiratoria y General,  
para Pacientes Internados y Ambulatorios"

INSTITUTO MÉDICO ARGENTINO DE REHABILITACIÓN

## FORMULARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA PARA ADMISIÓN

COMPLETAR POR UN PROFESIONAL MÉDICO

FECHA

Enviar este formulario por Fax, e-mail, whatsapp o personalmente al instituto IMAR  
HORARIO: lunes a viernes de 8 a 21 hs. y sábados de 9 a 13 hs.  
CONTACTO: Dir. Calle 42 N° 381, Fax 54.221.4824226, whatsapp +54.9.221.6798947  
E-mail: gerenciaadministrativa@institutoimar.com.ar

### DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

NOMBRE:	APELLIDO:	
EDAD:	DNI:	
OBRA SOCIAL:	N°:	
NOMBRE DEL FAMILIAR A CARGO O A CONTACTAR:		
TELÉFONO DEL FAMILIAR A CARGO	FIJO:	CELULAR:

### CLÍNICA / HOSPITAL - DONDE SE ENCUENTRA INTERNADO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:
SECTOR DE INTERNACIÓN : PISO _____ <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> UNIDAD Y STROKE HABITACIÓN N°: _____
OTRO: _____

### CONTACTO MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDO: _____
TELÉFONO DE CONTACTO: _____

### DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:
-------------------------

### ENFERMEDAD ACTUAL O ADJUNTAR RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(DESCRIBIR ADEMÁS LA DISCAPACIDAD RESIDUAL Y/O PERDIDA FUNCIONAL)
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

### ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

DETERIORO COGNITIVO... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PSIQUIATRICO..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
--	---



COMPLETAR POR UN PROFESIONAL MÉDICO

**LABORATORIO**

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HTO. ____/____/____	UREA ____/____/____
HB. ____/____/____	CREAT. ____/____/____
GB. ____/____/____	ORINA ____/____/____
GLUC. ____/____/____	____/____/____

**GASES EN SANGRE**

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PH ____/____/____	SAT O2 ____/____/____
PO2 ____/____/____	A/A ____/____/____
PCO2 ____/____/____	FIO2 ____/____/____
HCO3 ____/____/____	____/____/____

**HISOPADO RECTAL**

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

POSITIVO  NEGATIVO  GERMEN \_\_\_\_\_ ANTIBIOGRAMA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

**ANTECEDENTES INFECCIOSOS**

<input type="checkbox"/> 1 - Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> 5 - Respiratoria alta	<input type="checkbox"/> 9 - SNC	<input type="checkbox"/> 13 - Osteoarticular
<input type="checkbox"/> 2 - Peritoneal	<input type="checkbox"/> 6 - Respiratoria baja	<input type="checkbox"/> 10 - Sepsis	<input type="checkbox"/> 14 - Piel y partes blandas
<input type="checkbox"/> 3 - Genitourinario	<input type="checkbox"/> 7 - Pleural	<input type="checkbox"/> 11 - Ocular	<input type="checkbox"/> 15 - Quemaduras
<input type="checkbox"/> 4 - Sitio quirúrgico	<input type="checkbox"/> 8 - Cardiovascular	<input type="checkbox"/> 12 - Oral	<input type="checkbox"/> 16 - Otros (especificar)

**Tratamiento**

DOCUMENTADO con informe microbiológico

EMPÍRICO

Se requiere adjuntar el informe microbiológico. Si quedan pendientes, adjuntar número de protocolo

Observaciones:

**INFORMACIÓN POR TIPO DE INFECCIÓN**

Nro	Tipo de Muestra	F. Inicio	Tratamiento / Atb.	Dosis	Días de tratamiento

**MEDICACIÓN ACTUAL**

FECHA	MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO



REHABILITACIÓN  
EN NEUROLOGÍA  
Y TRAUMATOLOGÍA  
DE ALTA COMPLEJIDAD

INSTITUTO MÉDICO  
ARGENTINO  
de REHABILITACION

COMPLETAR POR UN PROFESIONAL MÉDICO

**MÓDULO DE INTERNACIÓN SOLICITADA** (Completar por médico derivante)

INTERNACIÓN EN PISO \_\_\_\_\_ 408001- INTERNACIÓN UTI \_\_\_\_\_

NOTA: Para completar por médico de IMAR en caso de internación de piso

438001 - COMPLEJIDAD BÁSICA \_\_\_\_\_

438002 - COMPLEJIDAD MEDIA \_\_\_\_\_

438003 - COMPLEJIDAD ALTA \_\_\_\_\_

**SUBMÓDULOS QUE REQUIERE EL PACIENTE** (Completar por médico derivante)

408002 - ARM \_\_\_\_\_

405001 - VNI: BPAP - CPAP \_\_\_\_\_

505001 - ALIMENTACIÓN ENTERAL / PARENTERAL \_\_\_\_\_

138001 - CURACIÓN DE ESCARAS \_\_\_\_\_

505002 - OXIGENOTERAPIA \_\_\_\_\_

58001 - TRAQUEOSTEOMÍA \_\_\_\_\_

108001 - VEGIGA NEUROGÉNICA \_\_\_\_\_

335001 - REABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA \_\_\_\_\_

438004 - AISLAMIENTO \_\_\_\_\_

---

**APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL**

**MATRÍCULA**

**FIRMA**