

ENCUESTA SOCIAL

Institución:.....Lugar:.....Fecha:...../...../.....

☐ Para cobertura de trasplante ☐ Para actualización de cobertura ☐ Para cobertura postrasplante

1) Paciente

Apellido/s:.....Nombres:.....

Documento N°:.....Tipo: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ Otro

Género:..... Nacionalidad: ☐ Argentino ☐ Extranjero: País de origen:.....

Año de ingreso al país:.....

Residencia: ☐ precaria ☐ transitoria ☐ temporaria ☐ permanente

Carta de ciudadanía: ☐ Por iniciar ☐ en trámite. Fecha de inicio:..... ☐ Otorgada. Fecha:.....

Edad:.....Fecha de Nacimiento:...../...../..... Lugar de nacimiento:.....

.....Provincia:.....Vive en Prov. de Bs. As. desde:.....

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ casado ☐ separado ☐ divorciado ☐ viudo ☐ OTRO.....

Domicilio:

Calle:.....N°.....Piso.....Dto.....

Localidad:.....C.P.:.....Partido:.....

Teléfono/s:.....familiar vecinootro.....

mail:.....

Tipo de trasplante:.....

Donante: ☐ cadavérico ☐ vivo. ☐ relacionado Especificar vínculo y nombre:.....

☐ no relacionado

Cobertura Social:

Obra Social ☐ si ☐ no cuál:.....

Co-seguro ☐ si ☐ no cuál:.....

Certif. de discapacidad ☐ si ☐ no ☐ en trámite

Credencial Ley 26.928 ☐ si ☐ no

Nivel de Instrucción: ☐ analfabeto ☐ primaria incompleta ☐ primaria completa ☐ secundaria incomp

☐ Secundaria completa ☐ terc/universitario incomp ☐ terc/univ completo

Observaciones:.....

4) REDES DE CUIDADO

Referente Afectivo:.....

Personas que dependen del cuidado del paciente:.....

Personas que cuidan al paciente:.....

Datos de contacto:.....

Redes comunitarias utilizadas: (Iglesia, ONG, centro comunitario, vecinos, etc.)

Observaciones:.....

5) ASPECTO MEDICO

Nº	Salud	Enfermedad que padece	Lugar de atención
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

6) VIVIENDA

Tipo de tenencia ☐ propia ☐ alquilada ☐ cedida ☐ fiscal ☐ otro

Tipo de vivienda ☐ casa ☐ depto ☐ hotel/pens ☐ rancho ☐ casilla ☐ otro

Tipo de Construcción

Piso ☐ cerámico ☐ parquet ☐ cemento ☐ ladrillo ☐ tierra ☐ otro

Paredes ☐ ladrillo ☐ bloque ☐ madera ☐ cartón ☐ adobe ☐ otro

Revestida: ☐ con revoque ☐ sin revocar ☐ pintura ☐ sin pintura ☐ otro

Techos ☐ tejas ☐ losas ☐ zinc ☐ fibrocemento ☐ chapa/carton ☐ otro

Baño ☐ interno ☐ externo ☐ instalado ☐ no instalado ☐ inodoro ☐ letrina
compartido con no convivientes ☐ si ☐ no

Mobiliario ☐ suficiente ☐ insuficiente

Estado general del inmueble ☐ bueno ☐ regular ☐ malo

Cantidad de dormitorios..... Dormitorio del paciente: ☐ individual ☐ compartido

Cama del paciente: ☐ individual ☐ compartida

Observaciones:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Servicios

Agua ☐ corriente ☐ motor/bomba ☐ bomba ☐ canilla Munic ☐ de vecino ☐ otro

Desagues ☐ red cloacal ☐ pozo

Iluminación ☐ eléctrica ☐ Gas ☐ kerosene ☐ otro

Gas ☐ natural ☐ supergas ☐ garrafa ☐ kerosene ☐ otro

Equipamiento

Electrodomésticos ☐ cocina ☐ heladera ☐ calefón ☐ termotanque ☐ calefón eléctrico

calefacción tipo:.....

7) MOVILIDAD

Propia ☐ si ☐ no

☐ Pase libre

☐ municipal	☐ provincial	☐ nacional
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

☐ Credencial Ley 26.928

8) ESTRUCTURA BARRIAL

☐ Urbana ☐ Suburbana ☐ Rural

Accesibilidad barrial ☐ asfalto ☐ mejorado ☐ tierra ☐ zona inundable

Alumbrado público ☐ si ☐ no

Medios de transporte público utilizado.....

Hospital o sala sanitaria cercana.....

Municipio y referente.....teléfono.....

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

Firma, sello y matrícula del Profesional interviniente