



FICHA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONES: INGRESO

Definición del evento: Toda internación por motivos de salud mental como recurso terapéutico.

INFORMACION DEL CIUDADANO

(\*) Tipo de documento: D.N.I. DOC.EXTRANJERO INDOC. Nº ..... País de emisión: .....

(\*) Nombre: .....

(\*) Apellido: .....

(\*) Sexo asignado al nacer: Mujer Hombre Indeterminado

Identidad de Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans  
No binarie Travesti Desconocido Otro: .....

Estado civil: Desconocido/a Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Unión Convivencial

(\*) Fecha de nacimiento: / / (DD/MM/AAAA)

Provincia de residencia ..... Departamento: .....

Localidad: .....

Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

Domicilio de residencia (Calle / Manzana): .....

Nº .....Piso ..... Depto.: ..... Cód. Postal: .....

Cobertura de salud: .....

Ocupación: .....

Máximo nivel educativo alcanzado: .....

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

(\*) Establecimiento notificador: .....

Provincia: ..... Departamento: .....

(\*) Fecha de internación: ..... / ..... / ..... (DD/MM/AAAA)

Apellido y nombre del (los) profesional(es) interviniente(s) .....

Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

## DIAGNÓSTICO

(\*)Diagnóstico principal al momento de la internación (CIE 10: diagnóstico de salud mental): .....

(\*)Motivo de internación: .....

Enfermedad médica (CIE 10: excepto diagnóstico de salud mental): .....

## SITUACIÓN DE LA INTERNACIÓN

(*) Internación voluntaria SI-NO:	SI	NO	
(*) Firma consentimiento (persona o representante)	SI	NO	
¿Tuvo internación/es previa/s en esta institución u en otra?	SI	NO	NS/NC

## SITUACIÓN ECONÓMICA, HABITACIONAL Y VINCULAR

¿Tiene ingreso monetario por jubilación/pensión/subsidio, beca de externación y/o herencias?	SI	NO	En tte
Para su externación dispone de vivienda	SI		NO
Posee referentes vinculares y/o grupo de convivencia para la externación	SI		NO

## SITUACIÓN JUDICIAL

¿Posee certificado de discapacidad?	SI	NO	en tte	NS
¿Posee declaración de incapacidad?	SI		NO	
¿Cuenta con curador designado?	SI		NO	
¿Posee capacidad restringida?	SI		NO	
¿Cuenta con apoyo/s designado?	SI		NO	
Fecha de la sentencia de restricción de la capacidad o de declaración de incapacidad DD MM AAAA	Dia .....	Mes .....	Año .....	
¿Se realizó revisión de sentencia?	SI		NO	
Fecha de la última revisión de sentencia DD MM AAAA	Dia .....	Mes .....	Año .....	

Responsable a Cargo (referente vincular) ..... DNI .....

Parentesco: ..... Teléfono: .....

Firma y aclaración del (los) profesional(es) interviniente(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_