



VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

FECHA:	INTEGRANTES DEL EQUIPO QUE VISITA				
Nº FICHA CLINICA	Medico	A Social	Kinesióloga	Odontóloga	
	Enfermera	Nutricionista	TENS	Otro profesional	
	matrona	Psicólogo	Tec. Párvulos	Otro	
	OTRO, ESPECIFICAR:				
IDENTIFICACION CASO INDICE:	NOMBRE:	EDAD:	ESCOLARIDAD:	OCUPACIÓN:	
	ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:				
IDENTIFICACION DE LA FAMILIA:	TIPO DE FAMILIA:				
	ETAPA CICLO VITAL FAMILIAR:				
	JEFE DE HOGAR:				
	Nº DE PERSONAS QUE RESIDEN:	Nº FAMILIAS QUE RESIDEN:			
MIEMBROS DE LA FAMILIA PRESENTES:					
CUIDADOR PRINCIPAL Y/O DE RESPIRO:					
MOTIVO U OBJETIVOS DE LA VDI:					
TIEMPO REQUERIDO PARA LA VDI:					
CARACTERISTICAS DEL ACCESO:					
DATOS OBTENIDOS SOBRE EL INDIVIDUO, FAMILIA, CUIDADOR Y ENTORNO, A TRAVÉS DE LA EXPLORACIÓN, OBSERVACIÓN Y LA ENTREVISTA.					



DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN (IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS, FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES):

ACUERDOS CON LA FAMILIA (EN CASO DE SER PACIENTE CON DEPENDENCIA TOTAL PLANIFICAR OBJETIVOS Y/O ACTIVIDADES)

OBSERVACIÓN:

ATENCIÓN PROPORCIONADA:

FECHA PRÓXIMA VISITA:

**RESPONSABLE
SEGUIMIENTO:**

NOMBRE Y FIRMA DE PROFESIONALES: