

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE Y RIESGO DE CAIDAS

Nombre:				No. Expediente:							
Fecha de Nacimiento:				Servicio:							
VALORACIÓN DE RIESGO DE CAIDAS											
Factores de riesgo	Fecha		Matutino	Vespertino	Nocturno	Matutino	Vespertino	Nocturno	Matutino	Vespertino	Nocturno
	Puntaje										
Caídas previas	Si	1									
	No	0									
Limitación física	Si	1									
	No	0									
Déficits sensoriales	Ninguno	0									
	Alteraciones Visuales, auditivas.	2									
Estado mental	Orientado	0									
	Confuso	1									
Problemas de idioma o socioculturales	Si	1									
	No	0									
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	Ninguno	0									
	*Tranquilizantes	3									
	*Sedantes										
	*Diuréticos										
	*Antidepresivos										
*Hipotensores											
*Otros.											
Deambulación	Normal	0									
	Segura con ayuda	1									
	Insegura con/sin ayuda	2									
	Imposible	3									
Pacientes con edad en los extremos de la vida	Si	1									
	No	0									
Puntaje total	15										
Código de color asignado acorde a puntaje											
Nombre y firma de la enfermera que realiza valoración											
DETERMINACION DEL GRADO DE RIESGO DE CAIDAS											
Nivel de riesgo		Puntos				Código					
Alto riesgo		11 - 15				Rojo					
Mediano riesgo		6 - 10				Amarillo					
Bajo riesgo		0 - 5				Verde					

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.

CLAVE: CEMA-RG-ENF-VEPRC-27 / V.2.0

