

# HISTORIA CLÍNICA GERIÁTRICA

## 1. Identificación del Paciente

- Nombre Completo: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: // \_\_\_\_ Sexo: M / F
- Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_
- Ocupación previa: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_
- Persona de contacto / Cuidador principal: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

## 2. Antecedentes Patológicos

- Enfermedades Crónicas: (HTA, Diabetes, EPOC, Artrosis, etc.) \_\_\_\_\_
- Antecedentes Quirúrgicos: \_\_\_\_\_
- Alergias: \_\_\_\_\_
- Hospitalizaciones recientes: \_\_\_\_\_

## 3. Valoración Farmacológica (Evitar Polifarmacia)

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Indicación

## 4. Valoración Geriátrica Integral (VGI)

### A. Esfera Clínica / Nutricional

- **Apetito:** Normal / Disminuido / Aumentado
- **Pérdida de peso reciente:** Sí / No (\_\_\_\_\_ kg en los últimos 6 meses)
- **Salud Bucal:** Prótesis (S/N) / Piezas faltantes / Dolor

### B. Esfera Funcional (Autonomía)

- **Actividades Básicas (Índice de Katz/Barthel):**
  - [ ] Independiente [ ] Dependencia Parcial [ ] Dependencia Total

- **Marcha y Equilibrio:**
  - Uso de apoyo: Bastón / Andadera / Silla de ruedas / Ninguno
  - Caídas en el último año: \_\_\_\_\_ (frecuencia y causas)

### C. Esfera Mental (Cognitiva y Afectiva)

- **Estado Cognitivo (Sugerido: Minimental o Pfeiffer):**
  - Orientado en: Tiempo [ ] Espacio [ ] Persona [ ]
- **Estado Anímico (Sugerido: Escala Yesavage):**
  - Signos de depresión / Ansiedad / Apatía: \_\_\_\_\_

### D. Esfera Social

- **Estructura familiar:** Vive solo / Con pareja / Con hijos / Residencia
- **Red de apoyo:** Existe apoyo familiar / Económico / Vecinal
- **Barreras arquitectónicas en el hogar:** (Escaleras, baños no adaptados, etc.)

---

## 5. Examen Físico (Signos Vitales)

- TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_
- Saturación O2: \_\_\_\_\_ % Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ m

---

## 6. Diagnósticos y Plan de Manejo

- Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_
- Síndromes Geriátricos identificados: \_\_\_\_\_
- Plan de tratamiento / Recomendaciones:

---

Firma del Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha: // \_\_\_\_\_