

Cuidados paliativos pediátricos  
Atención realizada en contexto de pandemia COVID-19

<b>FECHA:</b> ___/___/___				
<b>MODALIDAD</b>				
<input type="checkbox"/> LLAMADA	<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> VIDEOLLAMADA	<input type="checkbox"/> MENSAJE WhatsApp	<input type="checkbox"/> PRESENCIAL
Con quien se realiza el contacto:				
<b>DATOS FILIATORIOS</b>				
Nombre y Apellido				
F. Nacimiento		HC		
DNI		Teléfono		
CUD (certificado único de discapacidad)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	VENCIMIENTO	
Domicilio				
Localidad				
<b>DIAGNÓSTICOS</b>				
<b>EVALUACIÓN / ESTADO ACTUAL</b>				
<b>CONDICIÓN GENERAL</b> (ej.: Estable, mal control de síntomas, progresión de enfermedad, etc.)				
<b>PROBLEMAS</b>				
1.Síntomas				
2.Otros				

