

## Datos Personales

Personas con quien vive:

[illegible]

## DATOS CLÍNICOS

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Agente que causó la quemadura: \_\_\_\_\_

Zona corporal afectada: \_\_\_\_\_

Grado de la Quemadura: \_\_\_\_\_

% superficie corporal quemada: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas al momento del egreso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le formularon medicamentos para manejo en casa: Si ☐ No ☐

Los medicamentos fueron entregados por la EPS'S en menos de 24 horas después del egreso hospitalario: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Requiere seguimiento médico: Si ☐ No ☐ (ir a seguimiento médico)

Requiere seguimiento Psicológico: Si ☐ No ☐ (ir a seguimiento psicológico)

Requiere seguimiento nutricional: Si ☐ No ☐ (ir a seguimiento nutricional)

Requiere terapias físicas: Si ☐ No ☐ (ir a seguimiento de terapias)

Tiene incapacidad médica? Si ☐ No ☐ Cuanto tiempo?

Requirió cirugías durante el seguimiento? Si ☐ No ☐

Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_

Motivo de la cirugía: \_\_\_\_\_

Requirió hospitalizaciones durante el seguimiento: Si ☐ No ☐

Fecha de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Falleció durante el seguimiento: Si ☐ No ☐

Fecha de la Defunción: \_\_\_\_\_

Motivo de la Defunción: \_\_\_\_\_

## SEGUIMIENTO MEDICO

Fecha primer control médico después del egreso: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en el primer seguimiento médico: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control médico: \_\_\_\_\_

Fecha control médico: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en el control médico: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control médico: \_\_\_\_\_

Fecha control médico: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en el control médico: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control médico: \_\_\_\_\_

## SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO

Fecha primer control psicológico: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en el primer seguimiento psicológico: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control psicológico: \_\_\_\_\_

Fecha control psicológico: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en el control psicológico: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control psicológico: \_\_\_\_\_

Fecha control psicológico: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en el control psicológico: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control psicológico: \_\_\_\_\_

## SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Fecha primer control nutricional: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en el primer seguimiento nutricional: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control nutricional: \_\_\_\_\_

Fecha control nutricional: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en el control nutricional: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control nutricional: \_\_\_\_\_

Fecha control nutricional: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en el control nutricional: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control nutricional: \_\_\_\_\_

## SEGUIMIENTO DE TERAPIAS FÍSICAS

Fecha primera Terapia Física: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en el primera Terapia Física: \_\_\_\_\_

Fecha próxima Terapia Física: \_\_\_\_\_

Fecha Terapia Física: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en la Terapia Física: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control Terapia Física: \_\_\_\_\_

Fecha Terapia Física: \_\_\_\_\_

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Indicaciones recibidas en la Terapia Física: \_\_\_\_\_

Fecha próxima Terapia Física: \_\_\_\_\_