

RELEVAMIENTO DE RESIDENCIAS PERMANENTES PARA PERSONAS MAYORES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (VICO 2023)

MÓDULO RESIDENTES (Se debe responder por cada persona que resida en el lugar)

DATOS PERSONALES - RESIDENTE (Completar por cada persona que resida en el establecimiento)

1.1 Nombre _____
(es suficiente indicar nombre de pila) _____

1.1 ¿Tiene DNI? Sí1
No2
1.2 DNI | _____ |

1.3 Sexo Varón1
Según está registrado en el DNI. Si no tiene DNI, registrar el sexo asignado al nacer. Mujer2
X3

1.4 De acuerdo a la identidad de género, ¿se considera...
1.5.1 varón?1
1.5.2 mujer?2
1.5.3 varón trans (trans de mujer a varón)?3
1.5.4 mujer trans (trans de varón a mujer)?4
1.5.5 travesti?5
1.5.6 otro?6
¿Cuál? | _____ |
1.5.7 No sabe/No contesta7

1.5 Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ No sabe fecha de nacimiento

1.5.1 Edad | _____ |

1.6 Lugar de nacimiento **1.6.1** CABA1
1.6.2 Pcia. de Buenos Aires2
1.6.2.a Especificar partido | _____ |
1.6.3 En otra provincia3
1.6.3.a Especificar provincia | _____ |
1.6.4 En otro país4
1.6.4.a Especificar país | _____ |
1.6.5 No sabe/No contesta5

1.7 ¿Está afiliado/a a...

Marque en todas las opciones Sí o No según corresponda

SÍ NO

1.7.0 una obra social (no incluye PAMI)?

1.7.0.a ¿Cuál? | _____ |

1.7.1 una prepaga o mutual vía obra social?

1.7.1.a ¿Cuál? | _____ |

1.7.2 una mutual?

1.7.2.a ¿Cuál? | _____ |

1.7.3 prepaga por contratación voluntaria?

1.7.3.a ¿Cuál? | _____ |

1.7.4 PAMI?

1.7.5 Incluir SALUD (ex PROFE)?

1.7.6 Programa Cobertura Porteña de Salud/Plan Médicos de Cabecera del GCBA?

1.7.7 otro?

1.7.7.a Especifique | _____ |

1.8 ¿Percibe...

SÍ NO NS/NC

1.8.1 jubilación?

1.8.2 pensión?

1.9 ¿Posee "Certificado Único de Discapacidad" vigente?

SÍ NO NS/NC

INGRESO AL ESTABLECIMIENTO - RESIDENTES

2.0 Fecha de ingreso al establecimiento

____/____/____

2.1 Antes de ingresar a esta residencia, ¿vivía...

2.1.0 en su vivienda?1

2.1.1 en un hospital/establecimiento de salud (internado/a)?2

2.1.2 en otra residencia para mayores?3

2.1.3 en un centro de rehabilitación?4

2.1.4 otra4

2.1.4.a ¿Cuál? | _____ |

2.2 ¿Quién dio el consentimiento para el ingreso a esta residencia?

Marque en todas las opciones Sí o No según corresponda

SÍ NO

2.2.0 El paciente/residente

2.2.1 La familia o entorno del paciente/residente

2.2.2 Por indicación de orden judicial

2.2.3 Otra situación

2.2.3.a ¿Cuál? | _____ |

2.3 ¿Cuáles son los motivos por los que se decidió el ingreso a esta residencia?

Marque en todas las opciones Sí o No según corresponda

SÍ NO

2.3.0 Enfermedad física con discapacidad o dependencia

2.3.1 Enfermedad mental con discapacidad o dependencia

2.3.2 Falta de red familiar o social

2.3.3 Tenía red familiar o social, pero sin posibilidad de darle asistencia

2.3.4 Tenía dificultades económicas

2.3.5 Tenía problemas de vivienda (no tenía espacio suficiente, no contaba con un lugar propio, etc.)

2.3.6 Otro motivo

2.3.6.a Especificar _____

2.4 ¿Quién se hace cargo del pago del servicio?

Marque en todas las opciones Sí o No según corresponda

SÍ NO

2.4.0 El propio paciente o algún familiar

2.4.1 Una obra social o mutual (excluye PAMI)

2.4.2 Un plan de medicina prepaga

2.4.3 PAMI

2.4.4 Incluir Salud (ex PROFE)

2.4.5 Otro

2.4.5.a Especificar _____

CARACTERÍSTICAS DEL RESIDENTE

3.0 ¿Recibe visitas de familiares o amigos?

SÍ NO NS/NC

3.1 ¿El paciente sale del establecimiento?

3.1.1 Solo/o1

3.1.2 Únicamente si está acompañado por alguien2

3.1.3 No sale3

3.2 ¿Necesita asistencia/supervisión para ...

Marque en todas las opciones Sí o No según corresponda

SÍ NO

3.2.0 comer?

3.2.1 ducharse y acicalarse?

3.2.2 vestirse?

3.2.3 contener esfínteres?

3.2.4 levantarse de la cama o silla?

3.2.5 caminar dentro del establecimiento?

3.3 ¿Requiere oxigenoterapia?

SÍ NO NS/NC

