



**MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR**

**Ministerio de Inclusión
Económica y Social**

**SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES**

1. Una persona adulta mayor sale o egresa de un centro residencial por diversos motivos: reinserción familiar, transferencia a otro Centro o Servicio, fallecimiento, o por su propia voluntad.
Para garantía de la persona adulta mayor y del centro o servicio, es importante registrar el mayor número de datos posibles a fin de facilitar el posterior seguimiento y como medida de prevención ante una dificultad que pueda generarse.
- 2.- Se solicita el registro de los datos personales de la persona adulta mayor y los datos de la persona o institución con quién egresa ya sea familiar, representante legal o acompañante.
- 3.- Es importante el registro del estado de situación de la persona adulta mayor al momento de su egreso, especialmente cuando existe un desequilibrio, crisis o evidencias de violencia.
- 4.- Declaración, con el fin de facilitar el seguimiento de la persona adulta mayor es necesario que la persona o institución se comprometan a entregar toda la información y las facilidades necesarias para el seguimiento posterior al egresamiento.
- 5.- El formulario contempla información que permite identificar claramente los datos vinculados al lugar de donde egresa y condiciones de salida.
- 6.- Las recomendaciones sintetizan los aspectos más importantes sobre el estado del adulto mayor, permitirá que la institución receptora cuente con alertas e información clave para el proceso de atención.

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: _____

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR

CI N°:

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRES:

TIEMPO DE PERMANENCIA:

EDAD :

MOTIVO DE SALIDA					
FALLECIMIENTO	()	VOLUNTAD PROPIA	()	ENFERMEDAD	()
TRANSFERENCIA	()	REINSERCIÓN FAMILIAR	()	OTROS	() ESPECIFIQUE
PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO:		(Si lo hubiere)			
NOMBRES:					
CI:		EDAD:			
RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:					
ESPOSA/O	()	HIJOS	()	AMIGOS	()
OTRA INSTITUCIÓN	()	OTROS	()	ESPECIFIQUE	<input style="width: 100px;" type="text"/>
LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:					
CIUDAD:		SECTOR:		CALLES:	
PRINCIPAL:		N°		SECUNDARIA:	
TELEFONOS:			REFERENCIA:		
EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA					
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):					
NOMBRES:					
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR				RAZÓN SOCIAL:	
TELÉFONO:		CELULAR:			
CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:					
PSICOLÓGICAS:					

FÍSICAS:					

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS)		SI	()	NO	()
APARENTE DESNUTRICIÓN		SI	()	NO	()
DISCAPACIDAD:		SI	()	NO	()
ENFERMEDADES CRÓNICAS:		SI	()	NO	()
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD		SI	()	NO	()
				TIPO DE DISCAPACIDAD: _____	
				CUALES: _____	

MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA

NOMBRE:

CC:

FIRMA FAMILIAR

NOMBRE:

CC:

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL

NOMBRE:

CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE:

CC: