



HOSPITAL EDUARDO SANTOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 891.200.952-8
 LA UNIÓN - NARIÑO

REGISTRO ANESTESIA

H. CLÍNICA 1001087722		ENTIDAD Asmet		NOMBRES Y APELLIDOS Alba Rocio Lasso Ochoa	
SERVICIO Cirugía		CAMA		FECHA 13.05.21	SALA 2
GÉNERO F	EDAD 27	PESO 55kg	GRUPO SANGUÍNEO	ASA 1-2-3-4-5	URGENCIA (✓) ELECTIVA ()
ANESTESIOLOGO Dr. Rivas			CIRUJANOS Dr. Arroyo		PREMEDICACIÓN NO
DIAGNÓSTICO PRE. Colelitiasis					AYUDANTE Dr. Rivas
CIRUGÍA PROPUESTA Colecistectomía			por laparotomía		INSTRUMENT. Sindi
					CIRCULANTE Melli
MONITORES EKG (✓) OXIMETRÍA (✓) CAPNOGRAFÍA () PANI (✓) PAI () PVC () TEMP (✓) EST. N. PERIF () Otro:					
ANESTÉSICOS					
Bupivacaína 0.5%		15mg	30	45	
Midazolam		2mg			
Fentanyl		100mcg			
Propofol		0.2	0.2		
POSICIÓN					
CÓDIGO	PA	X	PULSO		
Inicio Anestesia	X				
Incisión	○				
Fin Operación	○				
Fin Anestesia	X				
INTUBACIÓN	▲▼				
VENTILACIÓN Espont-asist-control					
SaO2	%	98	98	98	
ETCO2	mmHg	40	40	40	
EKG (Ritmo)		PS	PS	PS	
TEMPERATURA					
VT	FR	Medicamentos			
I/E	F 102	- Diprivan 2g			
PIM	PEEP	- Propofol 8g			
		- Difenil 2mg			
		- Thiovet 1mg/kg			
		- Ondansetron 4mg			
PVC					
LÍQUIDOS		Vía aérea			
ENDOVENOSOS					
HEMODERIVADOS					
DIURESIS					
DIAGNÓSTICO POST.					
CIRUGÍA REALIZADA: Colecistectomía por laparotomía					
LÍNEAS	VENOSA ✓	PERIFÉRICA 18	BALANCE	CRISTALOIDES 42	PERDIDAS
	ARTERIAL	CENTRAL	LÍQUIDOS	COLOIDES	DIURESIS 400cc
				HEMODERIVADOS	SANGRADO 100cc
TÉCNICA	GENERAL	ENDOVENOSA ()	CIRCUITOS	VÍA AÉREA	IOT
		INHALATORIA ()		COLOIDES	Fácil ()
		BALANCEADA ()	MF () ML () IOT () INT () No.	HEMODERIVADOS	Difícil ()
	REGIONAL (✓)	C () SC () SA ()	Otro: cervical nasal		
	LOCAL ASISTIDA ()	PERIDURAL () CAUDAL ()	SUBARACNOIDEA ()	BLOQUEO ()	APGAR 1 5
		Aguja 26 Sitio Punción 1-2 Mediana () Paramediana ()	No. Punción 7	Nivel 14	OTROS
DESTINO PACIENTE	RECUPERACIÓN (✓)	UCI ()	HABITACIÓN ()	TIEMPO CIRUGÍA 2h	TIEMPO ANESTESIA 2h 20'

OBSERVACIONES * Ucpa
 * COV
 * Origen bajo alta nasal 3h

[Signature]
 Dra. Rocio Lasso Ochoa
 Anestesióloga
 R.M. 56828
 FPM 053.779.922



HOSPITAL EDUARDO SANTOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 891.200.952-8
LA UNIÓN - NARIÑO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Unidad/Servicio Urgencias

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. NOMBRE DEL PACIENTE Alba Rocio Lasso

2. HISTORIA CLÍNICA No. 1067087722

3. NOMBRE TÉCNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR:

Colesistectomía

4. TIPO DE ANESTESIA (en caso de necesidad)

La Requiere

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

1. Se me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento también se me han aclarado todas las dudas y se me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Además se me han explicado los riesgos posibles de la anestesia ya que se va a aplicar. Soy consiente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo)

" Me van Operar Culebras "

y que los posibles riesgos más importantes son:

Infección / Sepsis, hemorragia
complicaciones anestesia
muerte

y que será realizada por el (los) doctor (es)

Doc. Jesus Arroyo cirujano Dra: Lina Anestesiólogo

2. Doy mi consentimiento para que se me efectúe el procedimiento descrito arriba y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de éste, a juicio de los profesionales que los lleven a cabo.

3. Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia, señalada arriba. Así como las medidas complementarias que se estimen oportunas.

4. En cualquier caso deseo que se respeten las siguientes condiciones. Si no hay condiciones, escríbase ninguna. Si no se aceptan algunos de los otros puntos, hágase constar. ninguna

5. Entendiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto; puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución

Firma del paciente: X Rocio Lasso O. Testigo: _____

Documento de Ident: 1067 087 722 I.D. _____

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Médico(s) responsable(s) _____

He informado al paciente del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan _____

Firma del profesional (es) Joselyn guz

Documento de ident. _____

Fecha: _____

2. Tutor legal o Familiar _____

se que el paciente:

ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba.

El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO: _____

con documento de identidad _____, doy mi consentimiento para que el doctor (a) (es) _____

_____, y el personal auxiliar que el/ella (os) precise (n), le realicen este procedimiento. Puedo revocar este consentimiento cuando el bien del paciente se presuma oportuno.

Firma de familiares: _____

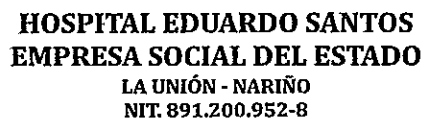
Parentesco: _____

Testigo: _____

Fecha: 12-08-21

NOTA: EN CASO DE UN MENOR DE 18 AÑOS DEBEN FIRMAR AMBOS PADRES

D. LUGAR Y FECHA: Hospital Eduardo Santos 12-08-21



CODIGO FHHC-01	FECHA DE ACTUALIZACIÓN
VERSIÓN: 02	

[illegible]

OBSERVACIONES: _____



HOSPITAL EDUARDO SANTOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
LA UNIÓN - NARIÑO
NIT. 891.200.952-8

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

CÓDIGO FHHC-01	FECHA DE ELABORACION
VERSIÓN: 02	FECHA DE ACTUALIZACIÓN

FECHA: 12-05-2021 No. DE HISTORIA: 1061087722 SERVICIO: Quirofano CAMA:

1er. APELLIDO: Lasso 2do. APELLIDO: Ordoñez NOMBRE(S): Alba Rocio

DÍA	12-05-21	12-05-21	12-05-21	12-05-21	12-05-21	12-05-21	12-05-21	12-05-21	12-05-21	12-05-21	TOTAL
HORA	16+45	16+47	16+50	16+30	16+50	17+10	17+40	17+45	18+00	19+30	
RESPONSABLE	Dr. Rivas	Dr. Rivas	Julieth A	Julieth A	Julieth A	Dr. Rivas	Dr. Rivas	Dr. Arroyo	Julieth A	Julieth A	
MEDICAMENTOS / VÍA											
Buprop	10 mg										
Fentanilo	25 mcg	100 mcg									
Espinocaf #26	1										
J x Scc	1	1	1		1	3			1		
Ringer			500 cc	500 cc			500 cc			500 cc	
Dexametazona			1								
Didofenaco				1							
J x 100 cc		1		1		3					
S-S-N x 500 cc								lavado de 500 cc			
Canula O2	1										
Humidificador	1										
Remifentanilo		30 cc x Bic				100 cc x Bic					
Ondacetron		4 mg									
Tramadol x 50 mg					1				1		
S-S-N x 100 cc					1						
Tubo Endotraqueal #7.0						1					

OBSERVACIONES:



LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA OMS
ANTES DE LA INDUCCION A LA ANESTESIA

Código:
Versión:
Vigencia:
Páginas:

FECHA: 12-05-21 1º APELLIDO: Lasso

2º APELLIDO: Ordoñez NOMBRES: Alba Rocio

HC: 1061087722

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA (Enfermería-anestesiólogo)			ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA (Enfermería-anestesiólogo-cirujano-instrumentador)			ANTES DE LA SALIDA DE PACIENTES DE QUIRÓFANO (Enfermería-anestesiólogo-cirujano-instrumentador)		
SE CONFIRMA CON EL PACIENTE	SI	NO	EL EQUIPO QUIRÚRGICO	SI	NO	LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL PERSONAL	SI	NO
SU IDENTIDAD	/		CONFIRMAR QUE EL PERSONAL SE PRESENTÓ POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN.	/		NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	/	
EL LUGAR DEL CUERPO A SER OPERADO	/		EL CIRUJANO ANESTESIÓLOGO, ENFERMERA CONFIRMAN SU PRESENCIA VERBALMENTE.	/		LOS RECuentOS DE INSTRUMENTOS, GASAS,, COMPRESAS, Y MATERIAL CORTOPUNZANTE SON CORRECTOS (O NO APLICA)	/	
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR	/		LA IDENTIDAD DEL PACIENTE	/		SE HAN ROTULADO LAS MUESTRAS (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)	/	
TUVO EL (LA) PACIENTE VALORACIÓN PREANESTÉSICA	/		EL LUGAR DEL CUERPO A SER OPERADO	/				
SE CONFIRMA EL AYUNO ANTES DE LA CIRUGÍA SI AMERITA	/			/				
SE DILIGENCIÓ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	/		EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR	/		EL CIRUJANO, EL ANESTESIÓLOGO, LA ENFERMERA REPASAN LAS INQUIETUDES CLAVES SOBRE LA RECUPERACIÓN Y EL MANEJO POST OPERATORIO DEL PACIENTE	/	
CON EL SITIO QUIRÚRGICO			ANTICIPACIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS					
MARCAR EL LUGAR DEL CUERPO NO APLICA	/		EL CIRUJANO REPASA: ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, la duración de la operación, la pérdida sanguínea anticipada?	/				
OTROS CONTROLES			EL ANESTESIÓLOGO REPASA: ¿Presenta el paciente algún problema específico?	/		ANESTESIÓLOGO Cindy Martinez		
EVALUACIÓN DE LA VEJIGA	/		EL INSTRUMENTADOR REPASA: ¿se ha confirmado la esterilidad del equipo e instrumentos (incluyendo la esterilidad de indicadores)? ¿Hay problemas o inquietudes con el material?	/				
EQUIPOS Y MEDICAMENTOS			LA ENFERMERA					
VERIFICAR QUE LOS EQUIPOS Y LOS MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS ESTÉN COMPLETOS	/		¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICOS EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	/		INSTRUMENTADOR Joheth Amaro		
EL PULSÍOXÍMETRO ESTÁ COLOCADO EN EL PACIENTE Y FUNCIONANDO	/		¿SE MUESTRAN LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	/				
ALERGIAS CONOCIDAS	No refiere		¿SE VERIFICÓ LA UBICACIÓN CORRECTA DE LA PLACA DEL ELECTROBISTURÍ?	/				
VÍA AEREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN	/				ENFERMERO(A) JEFE/AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPO DISPONIBLE	/							
RIESGO DE HEMORRAGIA MAYOR DE 500ML (7ML/KG EN NIÑOS)	/							
SE HA PREVISTO DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS	/							



HOSPITAL EDUARDO SANTOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
LA UNIÓN NARIÑO
NIT: No. 891200952-8

TEST DE ALDRETTE
ESCALA BROMAGE

NOMBRES: Alba Rocio APELLIDOS: Casso Ordóñez NO. DOCUMENTO: 1061087722

NO. HISTORIA CLÍNICA: 1061087722

FECHA: 12-05-2021

TEST DE ALDRETTE		PUNTAJE	QUIROFANO	SALA DE RECUPERACIÓN				
			Al salir	0 Min	20 Min	60 Min	90 Min	120 Min
ACTIVIDAD MUSCULAR	Movimientos voluntarios a solicitud (4 extremidades)	2	2	2	2	2	2	2
	Movimientos voluntarios a solicitud (2 extremidades)	1						
	Incapaz de mover extremidades	0						
RESPIRACION	Respirar profundamente y tose libremente	2	2	2	2	2	2	2
	Disnea o limitación de la respiración	1						
	Apnea	0						
CIRCULACION	T.A > o < 20% del nivel o preanestesico	2	2	2	2	2	2	2
	T.A > o < 21% al 49% del nivel preanestesico	1						
	T.A > o < 50% del nivel preanestesico	0						
ESTADO DE CONCIENCIA	Completamente despierta	2	1	2	2	2	2	2
	Despierta al llamado	1						
	No responde	0						
SATURACIÓN DE OXIGENO	Mantener saturación de Oxígeno > 92%, respirando aire ambiente	2	2	2	2	2	2	2
	Necesita inhalar O ₂ para mantener saturación de O ₂ > 90%	1						
	Saturación de O ₂ > 90% aún con O ₂ suplementario	0						
MEDICO RESPONSABLE	SALIDA DE RECUPERACION	TOTAL	9/10	9/10	10	10	10	10
ESCALA DE BROMAGE (PARA ENESTESIA CONDUCTIVA)		PUNTAJE	Al salir	0 Min	20 Min	60 Min	90 Min	120 Min
I	Movimiento libre de piernas y pies	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
II	Capaz de doblar las rodillas con libre movimiento de los pies	33%						
III	Incapaz de doblar las rodillas, pero con libre movimiento de pies	66%						
IV	Incapaz de mover piernas o pies	100%						
MEDICO RESPONSABLE	SALIDA DE RECUPERACION	TOTAL	0%	0%	0%	0%	0%	0%

hospitaleduardosantos@hotmail.com

Cra. 2 N° 16-08 Tel. 7442029 Fax: 7265293

VIGILADO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Línea de atención al Usuario: 6500870 - La Unión N.

www.hospitaleduardosantos.gov.co

CATEGORÍA		VALOR DE RESERVA		TOTAL		CATEGORÍA		VALOR DE RESERVA		TOTAL	
1	1	...	...	...	...	...
2	2	...	...	...	...	...
3	3	...	...	...	...	...
4	4	...	...	...	...	...
5	5	...	...	...	...	...
6	6	...	...	...	...	...
7	7	...	...	...	...	...
8	8	...	...	...	...	...
9	9	...	...	...	...	...
10	10	...	...	...	...	...
TOTAL				...		TOTAL				...	

NO 101 0151407

1744

NOTE: W.F. Felt

2010-2011

NO DOCUMENT 1 81899-5

ESCAVA BRONAGE
1ER DE VIOLETTE



JLF 20 8013000237
 17 1210Z AMBT40
 FALSBETZ 20C171 DEL 824700
 NOBLELYC FROVND8 21/102

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Vigencia: 01/12/2017

PROCESO: INTERNACIÓN

Página 2 de 2

	NASOGÁSTRICA, SONDA NASOYEYUNAL VESICAL LAVADO GÁSTRICO	Acumulado en algún órgano como el estómago, vejiga, etc., realizar un lavado de estómago en caso de intoxicaciones o alimentación para alimentar pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Neumonía por aspiración. - Hiperventilación. - Bradicardia por estimulación de reflejos vagales. - Náuseas por exceso.
1	CURACIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL	Es la curación que se hace en el sitio de entrada del catéter venoso central aplicando el protocolo institucional.	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoneumotorax - Hemorragia en el sitio de inserción - Infección. - Obstrucción de las vías - Retiro involuntario del catéter.
7	CUIDADOS DEL PACIENTE	Son todas las intervenciones que realiza el personal auxiliar de enfermería para cuidar el estado de salud del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Caída del paciente. - Úlcera por presión. - Omisión de información importante de parte del paciente a cerca de su cuadro clínico.

Yo, Alba Rocio Lasso Ordoñez

Identificado con

C.C. número 1061087722

expedida en

, aclaro que el

la) profesional de enfermería Jenny Montilla me ha explicado en lenguaje claro y entendible, la información a cerca de los procedimientos que realiza el personal de enfermería y sus posibles complicaciones y riesgos.

Comprendo y aclaro mis dudas relacionadas con éste o éstos procedimientos y de forma voluntaria y autónoma **AUTORIZO** la realización de los procedimientos que se encuentran a cargo del personal de enfermería necesarios para cumplir mi tratamiento.

Alba Rocio Lasso Ordoñez

1061087722

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

En caso de que el paciente sea menor de edad, se encuentre inconsciente y no se trate de una urgencia vital, discapacitado o que presente limitaciones para la comunicación por favor llene este espacio punto II) y deje en blanco el punto anterior (I)

I. Yo, _____ identificado con _____ número _____ expedida en _____ en calidad de _____ actúo como representante del paciente _____

Identificado con _____; por lo cuál declaro que ACEPTO los criterios para que se realicen los procedimientos por el personal de enfermería que mi representado requiera para su tratamiento.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA



E.S.E. HOSPITAL EDUARDO SANTOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
PROCESO: INTERNACIÓN

Fecha de ingreso _____

Señor (a) Usuario (a): _____

Como paciente, usted tiene el derecho a que se le informe a cerca de su condición de salud y de los procedimientos y actividades definidas por el médico para prevención, diagnóstico o tratamiento y haga uso de su autonomía para aceptar o rechazar el plan de atención instaurado.

Los procedimientos que el profesional de enfermería o el personal auxiliar le realiza, provienen de la orden escrita del médico que se encuentra a cargo de su atención, en esa orden se definen con pertenencias y de acuerdo a protocolos la conducta de manejo de su estado de salud, procedimientos o actividades que usted debe conocer, aceptar o rechazar, para ser realizadas acorde a la orden médica realizada.


Todos los procedimientos de enfermería están debidamente protocolizados en la Empresa Social del Estado Hospital Eduardo Santos del municipio de La Unión Nariño, en los cuales se tienen en cuenta el derecho del usuario al acceso de la información y educación, privacidad y establecen lineamientos de seguridad para su realización, garantizando que se realicen con criterios de calidad.

El personal de enfermería que le va a realizar el procedimiento, es personal idóneo, debidamente capacitado y entrenado en el desarrollo de sus actividades, por otro lado la institución dispone de infraestructura, equipos biomédicos, insumos medicamentosos y dispositivos médicos necesarios y seguros para la realización de los procedimientos.

Estos procedimientos se detallarán a continuación siendo los más comunes realizados en la institución y de igual manera se le informa los riesgos los cuáles se encuentra expuesto durante y después de la realización de los mismos.

No.	PROCEDIMIENTO	DEFINICIÓN	POSIBLE RIESGO
1	CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO	Es la introducción de un dispositivo plástico o catéter a través de una vena superficial de mediano o pequeño calibre y que puede permanecer sin cambiarla no más de 72 horas.	1. Fiebitis (inflamación de una vena) 2. Hematoma por extravasación (colección de sangre en el sitio de la venopunción) 3. Canalización de arteria (complicación por la técnica en el momento de puncionar el lugar seleccionado a colocar el catéter.
2	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Es la actividad de proporcionarle el medicamento al paciente para que el mismo ingrese a su organismo según la vía de administración definida por el médico. Boca Piel Orificios Vena Músculo Debajo de la piel	- Administración de medicamento a paciente equivocado. - Administración de medicamento incorrecto. - Cantidad incorrecta. - Vía de administración incorrecta. - Registro inadecuado. - Reacciones adversas a los medicamentos. - Alteraciones en las características de los medicamentos. - Reacción alérgica a medicamentos que puede provocar muerte. - Dificultad para ubicar la vena de acceso que impida la inserción de catéter.
3	TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS	Es obtener exámenes de sangre de una vena de miembro superior (brazo) / antebrazo en cantidad según número de ayudas diagnósticas solicitadas y se envasa en tubos de diferente color.	- Toma de muestra del paciente equivocado. - Toma de muestra en el tubo incorrecto o en cantidad suficiente. - Coagulación de las muestras cuando se las procesa con anticoagulante. - Puntuación accidental de la persona quien se encuentra tomando la muestra.
4	CURACIÓN DE HERIDAS	Son las diferentes actividades que se realizan para que la herida sane en condiciones seguras en un paciente que ha sufrido un traumatismo o que es producto de un procedimiento quirúrgico.	- Contaminación o proceso infeccioso por mala técnica durante el procedimiento. - Presencia de cuerpos extraños como vidrios, hojas a pesar de haber realizado limpieza exhaustiva del sitio. - Lesiones de estructuras anatómicas más profundas que no fueron evidenciadas en el momento de la lesión.
5	COLOCACIÓN DE SONDA	Es la colocación de una sonda a través de la nariz, por boca, uretra, con el fin de sacar líquido.	Erosión de la mucosa nasal y/o esofágica que provoque sangrado. Erosión de la mucosa gástrica que provoque sangrado

Documento controlado del SGC, elaborado por Subdirección Científica, revisado y aprobado por Planeación y Calidad, como delegado de la gerencia ante el SGC. Su copia se considera "no controlado", asegúrese que utiliza la última versión aprobada según el listado maestro de registros.

	E.S.E. HOSPITAL EDUARDO SANTOS	Código: RC-MC-SP-010
	SUBPROCESO: SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 10
	ESCALA DE DOWNTON, CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA	Vigencia: 22/08/2017

Nombre: Alba Rocío Lasso Ordóñez c.c. 1061087722

VARIABLES	FACTOR	VALORACIÓN	PUNTAJE
Edad	Mayor de 65 años	1	
	Menor de 65 años	0	0
	Menor de 6 años	0	
	Mayor de 6 años	1	
Antecedentes de Caídas previas (no mayor a 3 meses)	Si	1	
	No	0	
Causa de Caída previa	Por factor externo o no caída	0	
	Como consecuencia de su estado de salud	1	
Medicación	Ninguno	0	0
	Hipoglucemiantes	1	
	Tranquilizante - Sedante	1	
	Diuréticos	1	
	Hipotensores (No diuréticos)	1	
	Anti parkinsonianos	1	
	Antidepresivos	1	
	Otros medicamentos	1	
Déficit Sensorial	Ninguno	0	0
	Alteraciones visuales	1	
	Alteraciones auditivas	1	
	Extremidades (ictus)	1	
Estado mental	Orientado en tiempo, lugar y espacio	0	0
	Confuso	1	
	Ansioso	1	
Deambulación	Normal	0	0
	Segura con ayuda	1	
	Con ayuda / sin ayuda	1	
	Imposible	1	
Marcha y equilibrio	Normal	0	0
	Alterada	1	
TOTAL (Sumatoria de factores)			

Interpretación de puntaje:

ESCALA	PUNTOS	CÓDIGO DE COLORES
Alto Riesgo	2 ó más	ROJO
Mediano Riesgo	1	AMARILLO
Bajo Riesgo	0	BLANCO