**FICHA DE PRE – ADMISIÓN**

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL TELETÓN (CRIT)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Datos a ser completados en la Recepción del CRIT*** | | | | | | | |
| N° DE PRE-ADMISIÓN: | ASUNCIÓN: | | |  | DESEA LA ATENCIÓN EN EL CRIT DE:  CNEL. OVIEDO: ALTO PARANA: | | |
| FECHA DE SOLICITUD  DE INGRESO: ……. /………..... /…..… |
|  | | | | | | | |
| **1. DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE (NNA):** | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | | | | | | |
| C.I. Nro.: | Sexo: F | | | M |  |  | |
| Edad: | Lugar de Nac.: | | |  |  | Fecha de Nac.: | |
|  | | | | | | | |
| **2. DATOS FAMILIARES:** | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | Barrio: | |
| Ciudad: | | Departamento: | | | | | |
| Nombres y Apellidos de los Encargados del NNA | | | Parentesco | | | C.I. Nro. | Teléfono |
|  | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | |  |  |
|  | | | | | | | |
| **3. DATOS GENERALES:** | | | | | | | |
| Cuenta con seguro médico privado? | | | SI: | | | NO: | |
| Cuenta con seguro médico de IPS? | | | SI: | | | NO: | |
| Nombre del hospital al que asiste: | | | | | | | |
| Transporte: | Propio: | | | Pagado: |  | Prestado: | |
| Está escolarizado? | SI: | | | NO: |  | No corresponde: | |
|  | | | | | | | |
| **4. DATOS DESCRIPTIVOS:** | **SI** | **NO** | **CON APOYOS** | | | **OBSERVACIONES** | |
| Independiente en la casa |  |  |  | | |  | |
| Independiente fuera de la casa |  |  |  | | |
| Agarra objetos |  |  |  | | |
| Camina |  |  |  | | |
| Habla |  |  |  | | |
| Entiende lo que se le dice |  |  |  | | |
|  | | | | | | | |
| **5. TURNO DE PREFERENCIA:** | | | | | | | |
| Turno mañana: | Turno tarde: | | |  |  |  | |
| **6. DIAGNÓSTICO:** (a ser llenado por el médico \* Ver Criterios de Admisión al dorso )  ***Nombre y Firma del médico*** | | | | | | | |
| **IMPORTANTE:** Al entregar este formulario, ADJUNTAR: 1) Fotocopia del cuaderno pediátrico 2) Fotocopia de todos los estudios médicos realizados 4) Fotocopia de Cédula de Identidad del NNA y de la persona encargada del NNA 6) Todos los espacios deben ser completados para que esta Ficha de Solicitud de Ingreso sea aceptada. | | | | | | | |

**FIRMA del/ la ENCARGADO/A del NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE: ……………………………………………………………......……….**

**Asunción:** Avda. Cacique Lambaré 4636  
Tel: 021-552 300/ 0981-901-686

**Coronel Oviedo: Ruta 2 km129**

Tel: 0521-201845/ 0985- 689100

**Minga Guazú:** Km. 20

- Ruta Internacional Dr. José Gaspar Rodríguez de Francia

Tel: 021-338-9791 / 0985-494-914 / 0986-144-238

**SELLO INSTITUCIONAL**

# CRITERIOS DE ADMISIÓN PARA APLICAR AL INGRESO A LOS SERVICIOS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL TELETÓN

Atención a NNA (Niñas, Niños y Adolescentes) desde el nacimiento hasta los 18 años de edad.

OBS: Se aceptan ingresos de Adolescentes hasta los 17 años; 4 meses cumplidos y se le brindará atención hasta los 18 años de edad.

Serán atendidos los NNA que tengan alguno de los siguientes diagnósticos o condiciones:

1. Lactantes de riesgo neurológico hasta los 35 meses \* con prioridad hasta los 24 meses
2. Discapacidad física, congénita o adquirida secundaria a patologías de origen neuromusculoesquelético:
   * Parálisis cerebral infantil
   * Traumatismo cráneo encefálico u otras lesiones encefálicas adquiridas,
   * Lesiones medulares
   * Defectos del tubo neural (MMC- espina bífida)
   * Artrogriposis
   * Osteogénesis imperfecta
   * Parálisis braquial obstétrica
   * Encefalopatías epilépticas sin marcha
   * Amputaciones congénitas o adquiridas
   * Lesiones de nervios periféricos y polirradiculopatías
3. Diagnósticos cromosómicos (ej. S. de Down) y genéticos (ej. S. de Rett), mientras presentaran una discapacidad motora moderada o severa o si la genetopatía ocasionara disfunciones en el sistema neuromusculoesquelético.
4. Enfermedades neuromusculares y neurodegenerativas.
5. Enfermedades de origen reumatológico que cursaran con afectación de la función motora gruesa.

# \*A efectos orientativos: ARM (asistencia respiratoria mecánica), malformación congénita, internación en Terapia Intermedia por más de 7 días, convulsión neonatal.

***Cada caso será evaluado individualmente según el diagnóstico de base y de acuerdo a su estado o situación clínica.***

***Los programas propuestos serán establecidos de acuerdo a las necesidades y posibilidades de participación del NNA y su familia, así como la disponibilidad de turnos que se disponga en el Centro de Rehabilitación, informando previamente a la familia.***

***Este documento sólo tendrá validez con el sello institucional.***