



Company Name

CERTIFICACIÓN DEL ESTATUS DE CONFINAMIENTO EN EL HOGAR

PÁGINA 1 DE 1

Fecha: _____ Hora: _____

Paciente: _____ ID#: _____

1) El paciente está generalmente confinado a su hogar.

Comentarios: _____

2) El salir del hogar requiere mucho esfuerzo.

Comentarios: _____

3) El paciente sale de su hogar infrecuentemente por motivos relativamente cortos o las ausencias son debidas a la necesidad de recibir tratamiento y seguridad en el hogar.

Comentarios: _____

Fecha de la evaluación OASIS: _____

Nombre del Enfermero/a: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____