



## CERTIFICACIÓN DEL ESTATUS DE CONFINAMIENTO EN EL HOGAR

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 o por cortos períodos relativamente cortos o las ausencias son debidas a la necesidad de recibir tratamiento y cuidado en el hogar.

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de la evaluación OASIS: \_\_\_\_\_

Nombre del Enfermero/a: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_