REPÚBLICA DEL PARAGUAY
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA A PACIENTES CON OSTOMIAS

FORMULARIO DE REGISTRO ÚNICO DEL PACIENTE OSTOMIZADO

I. DATOS DEL/LA PACIENTE

1. APELLIDO(S) _____ Apellido (s)

NOMBRE (S) _____ Nombre (s)

2. EDAD
1. En números (Años cumplidos) ☐☐
2 En letra _____

3. SEXO
1. ☐ Masculino
2. ☐ Femenino
3. ☐ No determinado

4. ESTADO CIVIL
1. ☐ Soltero/a 2. ☐ Casado /a 3. ☐ Viudo/a
4. ☐ Unido/a 5. ☐ Separado/a 6. ☐ Divorciado/a
7. ☐ No se sabe

5. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
TIPO:
1. ☐ C. Identidad 2. ☐ Pasaporte **Nº** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 3. ☐ No tiene 4. ☐ No se conoce

6. FECHA DE NACIMIENTO
Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

7. NACIONALIDAD
_____ ☐☐

8. PUEBLO INDÍGENA
1. ☐ No Aplica
2. ☐ Aplica, especificar
_____ ☐☐

9. AFRODESCENDIENTE
1. ☐ No Aplica
2. ☐ Aplica

10. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE
1. Departamento _____ ☐☐ 2. Distrito/Ciudad _____ ☐☐
3. Barrio/Compañía/Asentamiento _____ ☐☐☐ 4. Área 1. ☐ Urbana 2. ☐ Rural
4, N.º de Teléfono _____
5 Dirección donde reside actualmente _____

11. SE ENCUENTRA RECLUIDO EN UNA PENITENCIARIA
1. Si ☐ Especificar: _____
2. No ☐

12. SITUACIÓN LABORAL
1. ☐ Trabaja 2. ☐ No Trabaja 3. ☐ No Aplica (menos de 15 años)
1.1 ☐ A sueldo 1.2 ☐ A jornal 1.3 ☐ A comisión 1.4 ☐ A destajo
1.5 ☐ En participación
1.6. Oficio u Profesión ……..... ☐☐☐

II. DATOS GENERALES

13. LUGAR DE ESTABLECIMIENTO
1. Región Sanitaria …… ☐☐
2. Distrito …… ☐☐
3. Nombre del Establecimiento …… ☐☐☐

14. FECHA DE REGISTRO
Dia ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

15. PATOLOGÍA O CAUSA QUE PROPICIA LA OSTOMIA
……

CÓDIGOS CIE-10 ☐☐☐☐☐

16. FECHA DONDE SE REALIZO LA CIRUGÍA:
Dia ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

17. LUGAR DONDE SE REALIZO LA CIRUGÍA(debe de ser aclarado, el servicio de salud, ciudad y departamento, en caso de haberlo hecho fuera del paraguay, confección todos los datos y el país donde se realizo):
……

18. TIPO DE OSTOMIA

		CÓDIGOS CIE-10
☐	**FISTULA DE INTESTINO**	K 6 3 2
☐	**ILEOSTOMIA**	Z 9 3 2
☐	**COLOSTOMIA**	Z 9 3 3

19. PERMANENCIA DE LA OSTOMIA
1. ☐ Temporal 2. ☐ Definitivo

20. IDENTIFICACIÓN DEL/LA FUNCIONARIO/A Y/O PROFESIONAL QUE LLENA EL FORMULARIO

…… Nombres y Apellidos …… Firma …… C.I N.º: