



**Ministerio de Salud
Argentina**

**REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS INTERNADAS POR
MOTIVOS DE SALUD MENTAL (RESAM)**

ACTUALIZACIÓN 11/08/2023

FICHA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONES: INGRESO

Definición del evento: Toda internación por motivos de salud mental como recurso terapéutico.

INFORMACION DEL CIUDADANO

(* Tipo de documento: D.N.I. DOC.EXTRANJERO INDOC. N° País de emisión:.....

(* Nombre:

(* Apellido:

(* Sexo asignado al nacer: Mujer Hombre Indeterminado

Identidad de Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans
 No binarie Travesti Desconocido Otro:

Estado civil: Desconocido/a Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Unión Convivencial

(* Fecha de nacimiento: __/__/____ (DD/MM/AAAA)

Provincia de residencia: Departamento:

Localidad:

Teléfono: Correo electrónico:

Domicilio de residencia (Calle / Manzana): N°..... Piso..... Depto.:

Cód. Postal:

Cobertura de salud:

Ocupación:

Máximo nivel educativo alcanzado:

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

(*Establecimiento notificador:

Provincia: Departamento:

(*Fecha de internación: /..... /..... (DD/MM/AAAA)

Apellido y nombre del (los) profesional(es) interviniente(s)

Teléfono: Correo electrónico:

FICHA INGRESO: HOJA 2

DIAGNÓSTICO			
(*)Diagnóstico principal al momento de la internación (CIE 10: diagnóstico de salud mental):			
(*)Motivo de internación:			
Enfermedad médica (CIE 10: excepto diagnóstico de salud mental):			
SITUACIÓN DE LA INTERNACIÓN			
(*) Internación voluntaria SI-NO:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
(*) Firma consentimiento (persona o representante)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Tuvo internación/es previa/s en esta institución u en otra?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC
SITUACIÓN ECONÓMICA, HABITACIONAL Y VINCULAR			
¿Tiene ingreso monetario por jubilación/pensión/subsidio, beca de externación y/o herencias?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> En tte
Para su externación dispone de vivienda	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Posee referentes vinculares y/o grupo de convivencia para la externación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
SITUACIÓN JUDICIAL			
¿Posee certificado de discapacidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> en tte <input type="checkbox"/> NS
¿Posee declaración de incapacidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Cuenta con curador designado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Posee capacidad restringida?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Cuenta con apoyo/s designado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fecha de la sentencia de restricción de la capacidad o de declaración de incapacidad DD MM AAAA	Día	Mes	Año
¿Se realizó revisión de sentencia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fecha de la última revisión de sentencia DD MM AAAA	Día	Mes	Año
Responsable a Cargo (referente vincular) DNI.....			
Parentesco: Teléfono:			

Firma y aclaración del (los) profesional(es) interviniente(s) _____
