

	SCORE SOCIAL	
	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	
	DEPARTAMENTO DE GESTION USUARIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	
GRUPO DE INDICADORES 1° GRUPO: INDICADORES DE ALTA DEPENDENCIA SOCIAL: RIESGO SEVERO	NIVEL DE DEPENDENCIA	
	PERSONA EN SITUACIÓN DE CALLE	
	CONDICIÓN ECONÓMICA EXTREMA POBREZA	
	PRESENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y/O ADICCIONES, SIN TRATAMIENTO	
	SIN REDES FAMILIARES O SOCIALES	
2° GRUPO: INDICADORES DE MEDIANA DEPENDENCIA SOCIAL: RIESGO MODERADO	NO HAY CUIDADOR DISPONIBLE	
	RESIDENCIA EN CONDICIONES DE INADECUADA HABITABILIDAD (Considerar, acceso a la vivienda para ayudas técnicas (silla de rueda, andador u otra)	
	CONDICIÓN ECONÓMICA DE POBREZA	
	PRESENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y/O ADICCIONES, CON TRATAMIENTO	
	NO CUENTA CON REDES FAMILIARES O SOCIALES	
3° GRUPO: INDICADORES DE BAJA O NULA DEPENDENCIA SOCIAL: RIESGO LEVE	CUIDADOR CON INSUFICIENTE CAPACIDAD DE CUIDADO (sea cuidado de niños/as, adolescentes y adulto mayor, con algún grado de discapacidad)	
	RESIDENCIA EN CONDICIONES ADECUADAS (Considerar, acceso a la vivienda para ayudas técnicas (silla de rueda, andador u otra))	
	CONDICIÓN ECONÓMICA PERMITE SATISFACER NECESIDADES BÁSICAS	
	AUSENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y/O ADICCIONES	
	CUENTA CON REDES FAMILIARES O SOCIALES SUFICIENTES	
	PUNTAJE TOTAL OBTENIDO	
TIPO DE DEPENDENCIA SOCIAL	RANGOS DE CLASIFICACION	GRADO DE PROTECCION SOCIAL ENTREGADA POR EL ESTADO
ALTA DEPENDENCIA SOCIAL	15 a 11	ALTA
MEDIANA DEPENDENCIA SOCIAL	10 a 6	MEDIANA
BAJA O NULA DEPENDENCIA SOCIAL	5 a 0	BAJA



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE
DEPARTAMENTO DE GESTION USUARIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL



EPICRISIS SOCIAL

Fecha de aplicación Epicrisis			
Caso Social	SI		NO
Socre Social	ALTO	MEDIO	BAJO

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombre completo/Nombre social			
Domicilio del usuario			
RUT/Pasaporte			
Fecha de nacimiento	/ /	Edad	
Nacionalidad			
Pueblo Originario			

SEGURIDAD SOCIAL

Sistema Previsional	ISAPRE:	FONASA:	S/P:
Actividad/Pensionado		Ingresos	
RSH	SI		NO
Persona en Situación de Discapacidad	SI		NO
Usa o requiere ayuda técnica	SI	NO	Cuál(es)

INSTITUCIONES

CESFAM		COSAM	
Intitucionalizado	SI	NO	Lugar
Judicializado	SI	NO	Tribunal

RED DE APOYO

Nombre Tutor/Familiar/Otro		RUT	
Domicilio al Alta			
Número de contacto	fono1		fono2
Parentesco/Relación con Usuario			

HISTORIA CLÍNICA SOCIAL/DIAGNOSTICO SOCIAL

Descripción historia del usuario/Relaciones familiares/tutor/persona significativa, con o sin redes de apoyo, etc.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Gestiones con la Red/Vinculación/Dispositivo externo/Tribunal/Senama/Pensiones/Etc.

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre del profesional			
Establecimiento de Salud			
Teléfono		Correo electrónico	

FIRMA TRABAJADOR(A) SOCIAL