



Informe Médico

Unidad de Atención a la Dependencia Área de Mayores

RECONOCIMIENTO EFECTUADO POR EL DR./A. D./DÑA. _____

COLEGIADO/A Nº _____ A D./DÑA. _____

DE _____ AÑOS DE EDAD, Y A SU CÓNYUGE / PAREJA D./DÑA. _____

DE _____ AÑOS DE EDAD _____

	SOLICITANTE	CÓNYUGE
A) PADECE ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA ACTIVA.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B) SE ENCUENTRA INMOVILIZADO EN CAMA, NECESITANDO CUIDADOS MÉDICOS DE FORMA PERMANENTE.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C) PRESENTA TRASTORNOS PSÍQUICOS GRAVES QUE PUEDAN PRODUCIR ALTERACIONES EN LA CONDUCTA.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

1. SITUACIÓN FÍSICA

		SOLICITANTE	CÓNYUGE
1.1 Limitaciones en el campo	VISUAL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
No tiene 0 / Leves 1 / Importantes 2 / Totales 3	AUDITIVO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
1.2 Incontinencia	URINARIA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
No tiene 0 / Leves 1 / Importantes 2 / Totales 3	FECAL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
1.3 Dificultad en el manejo de extremidades	SUPERIORES	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
No tiene 0 / Leves 1 / Importantes 2 / Totales 3	INFERIORES	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
1.4 Dificultad respiratoria			
No tiene 0 / Leve 1 / De Moderada a Severa 2		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

2. SITUACIÓN PSÍQUICA

		SOLICITANTE	CÓNYUGE
2.1 Desorientación temporo-espacial			
No tiene 0 / Leve o esporadicamente 1 / Importante o habitualmente 2 / Desorientación total 3		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.2 Alteraciones en la percepción	No tiene 0 / Leve 1 / Moderadas 2 / Importantes 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.3 Incoherencia en la comunicación	No tiene 0 / Ligera 1 / Frecuentes 2 / Totales 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.4 Descontrol emocional	No tiene 0 / Ligero 1 / Importante 2 / Total 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.5 Trastornos en la memoria	No tiene 0 / Leve 1 / Moderadas 2 / Grave 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.6 Trastornos en la conducta	No tiene 0 / Leves 1 / Moderados 2 / Graves 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

3. SITUACIÓN CLÍNICA (Se reflejará la causa médica que ha producido la incapacidad física o psíquica señalada)

Respiratoria _____

Cardiovascular _____

Endocrinológica _____

Músculo-esquelética _____

Génito-urinaria _____

Org.- sentidos _____

Neurológica _____

Psiquiátrica _____

FECHA _____

4. OBSERVACIONES _____

FIRMA _____