



MODELO DE INFORME DE SALUD PARA LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Datos personales

Nombre	1r. apellido	2o. apellido
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	DNI/NIF

Diagnóstico y Tratamiento (1)

-Indique como máximo tres diagnósticos-

Diagnóstico	CIE10 (2)	Tiempo transcurrido desde inicio del proceso			
		< 1 mes	2-6 meses	6-12 meses	> de 12 meses
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamiento:

(1): Indique los diagnósticos de aquellas enfermedades que en su opinión están limitando la autonomía personal del paciente de forma importante, prolongada o permanentemente. . Indique igualmente el tratamiento actual que realiza y que pueda interferir en la autonomía del paciente: (Ansiolíticos , Antidepresivos, Antihistaminicos, Opiáceos, Neurolépticos)

(2) ... CIAP en su defecto

-Indique si precisa algún tipo de tratamiento rehabilitador: No precisa tratamiento rehabilitador

Sí, precisa para mantener su situación física y/o Mental Sí, precisa para mejorar su situación física y/ o mental

Evolución:

Indique la posible evolución de la enfermedad

Mejoría Estable Progresiva Brotes

Medidas de soporte actualmente empleadas:

Oxigenoterapia Sueroterapia Nutrición Enteral por SNG N. parenteral

S. vesical SNG Ostomías Pañales o similares

Otras: _____

Ayudas Técnicas que actualmente tiene prescritas y utiliza: (especificar)

Prótesis Órtesis Sujeción mecánica Andador

(Indicar) _____

Situación Basal: Encamado Cama/sillón Silla de ruedas

Niños de 6 meses o menos

Indicar el peso en gramos al nacer. Peso al nacer: _____grs.

Informe emitido por Dr/Dra: _____ Organismo Público: _____

Lugar y Fecha:

Sello o Etiqueta y firma