



INFORME SOBRE LA AUTONOMIA DE LA PERSONA
(a rellenar por facultativo, personal de enfermería o terapeuta habitual)

	La realiza por si solo sin dificultad	La realiza por si solo con dificultad	Necesita de otra persona
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micción/defecación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros cuidados Corporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de su propia salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desplazarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de conducta	Ausentes o leves <input type="checkbox"/>	Moderados <input type="checkbox"/>	Graves <input type="checkbox"/> Con hetero agresividad <input type="checkbox"/>

Observaciones:

Señale otras observaciones de interés en relación con el estado de salud de la persona

Fecha:	Firma:
--------	--------