

INFORME MÉDICO

Anexo a la solicitud de plaza en Centros de día para Mayores del Excmo. Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna; se ruega la cumplimentación de todos los datos contenidos en el informe, rellenando el apartado correspondiente con el texto que proceda o marcando con una cruz en el supuesto de que se de alguna de las situaciones indicadas.

I.- DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos	Nombre
D.N.I. / N.I.F.	Fecha del reconocimiento/...../.....

II.- VALORACIÓN MÉDICA

2.1.- Actividades básicas de la vida diaria

	Autónomo	Con Ayuda	Dependiente
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse y desvestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo (lavado manos / cara)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso del WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	Algún accidente	Incontinente
Control anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autónomo	Con ayuda	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Andadora <input type="checkbox"/> Encamado
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autónomo	Con ayuda	No puede
Subir / bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autónomo	Necesita supervisión	No puede
Administración de tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.- Situación física

	Visión normal	Ligera disminución	Marcada disminución
Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oye bien	Sordera moderada	Sordera total
Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sin alteraciones	Disnea de mediano esfuerzo	Disnea continua grave
Aparato respiratorio y cardiovascular .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		SI	NO
Padece enfermedad infecto-contagiosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3.- Situación Psíquica

	Orientado	Ocasionalmente desorientado	Totalmente desorientado
Orientación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicación y lenguaje	Comunicación espontánea <input type="checkbox"/>	Dificultad de interpretación <input type="checkbox"/>	o Afasia total <input type="checkbox"/>
Trastorno del comportamiento	No presenta problemas <input type="checkbox"/>	Trastorno del comportamiento (sin riesgo) <input type="checkbox"/>	Trastorno del comportamiento (con riesgo) <input type="checkbox"/>
Trastorno de la memoria	Normal <input type="checkbox"/>	Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>
Colaboración	Colabora <input type="checkbox"/>	Comportamiento pasivo <input type="checkbox"/>	No colabora <input type="checkbox"/>
Alteraciones del sueño	Duerme bien <input type="checkbox"/>	Duerme mal, con medicación <input type="checkbox"/>	Alteraciones grave del sueño <input type="checkbox"/>
Padece trastornos psíquicos graves que puedan provocar alteraciones en la convivencia			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2.4.- Cuidados especiales que precisa (dietas, rehabilitación, etc...)

2.5.- Diagnóstico y tratamiento (especificar medicación y dosificación)

2.6.- En caso de demencia, especificar tipo y fase

III.- IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL (sello, fecha y firma)

ANEXO II

**ÁREA DE BIENESTAR SOCIAL
Y CALIDAD DE VIDA**

INFORME MÉDICO

--