

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO
CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
AYUNTAMIENTO DE PILOÑA.

INFORME MÉDICO

Reconocimiento efectuado por el Doctor D./Dña. _____
 Colegiado nº _____ Del Centro de Salud de _____
 Al solicitante D./Dña. _____
 Y a su cónyuge D./Dña. _____

	Solicitante	Cónyuge
A) Padece enfermedad infecto-contagiosa: (Indicar: 1/ Si o 2/ No)		
B) Se encuentra inmovilizado en cama, necesitando cuidados médicos de forma permanente: (Indicar: 1/ Si o 2/ No)		
C) Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones en la convivencia en un Centro Residencial. (Indicar: 1/ Si o 2/ No		
1.- SITUACIÓN FÍSICA Se vale por sí mismo, en su aspecto físico, para el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria: (Indicar: 1/ Si o 2/ No)..		
1.1. Limitaciones en el campo visual o auditivo: (Indicar si son: 1/ Leves 2/ Importantes 3/ Totales)		
1.2. Incontinencia: (Indicar si es: 1/ Ocasional 2/ Frecuente 3/ Total		
1.3. Dificultad en el manejo de las extremidades superiores: (Indicar si es: 1/ Leve 2/ Importante 3/ Total		
1.4. Dificultad en el manejo de las extremidades inferiores: (Indicar si es: 1/ Leve 2/ Importante 3/ Total		
1.5 Dificultad respiratoria: (Indicar si es: 1/ Leve 2/ De moderada a severa		

JUICIO DIAGNÓSTICO. (Se reflejará la causa médica que ha producido la incapacidad física señalada anteriormente)

	Solicitante	Cónyuge
2.- SITUACIÓN PSÍQUICA Se vale por sí mismo, en su aspecto psíquico, para el desarrollo de las actividades de la vida diaria: (Indicar: 1/ Si o 2/ No)		
2.1. Desorientación tempo-espacial: (Indicase si tiene trastornos: 1/ Leves o de forma esporádico 2/ Importantes o de forma habitual 3/ Desorientación total)		
2.2. Alteraciones de percepción: (Indicar si son: 1/ Ligeres 2/ Frecuentes 3/ Totales)		
2.3. Incoherencias en la comunicación: (Indicar si son: 1/ Ligeres 2/ Frecuentes 3/ Totales)		
2.4. Descontrol emocional: (Indicar si es: 17 Ligeros 2/ Importante 3/ Total)		
2.5. Trastornos de la memoria: (Indicar si son: 1/ Retiene hechos reciente con dificultad 2/ Retiene sólo hechos antiguos 3/ No retiene ningún hecho).....		
2.6. Trastornos de la conducta: (Indicar si son: 1/ Trastornos del humor 2/ Descontrol total de sus actos 3/ Conducta agresiva)		
2.7. Trastornos del sueño: (Indicar si son: 1/Hipnóticos esporádicos 2/Hipnóticos siempre 3/ Hipnóticos y no duerme.....		

TRATAMIENTO

DIETA QUE PRECISA

OTROS CUIDADOS

_____ , a _____ de _____ de _____
 Firma,