

**SERVICIO DE COMIDA 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 le convivencia en un Centro Residencial. (Indicar: 1/ Si o 2/ No .....		
<b>1.- SITUACIÓN FÍSICA</b> 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
<b>2.- SITUACIÓN PSÍQUICA</b> 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,