

**INFORME MEDICO.**

**EFFECTUADO POR  
EL/LA DOCTOR/A D.Dª.**

**CENTRO DONDE PRESTA SERVICIO:** \_\_\_\_\_

**COMPañIA PRIVADA (SI**

**PROCEDE**

**LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_ **TLF.:** \_\_\_\_\_

**S.E.D.U. :** \_\_\_\_\_ **TLF.:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE USUARIO:** \_\_\_\_\_ **N.S.S**

**AUTONOMÍA PERSONAL:** (señalar con una "X" una sola respuesta de cada uno de los apartados).

**VALORACIÓN FÍSICA:**

**1.- DESPLAZAMIENTO**

Se desplaza de forma autónoma	
Anda pero necesita que le guíen o ayuda de otra persona	
Anda pero no puede ponerse en pie o sentarse sin ayuda	
Usuario de silla de ruedas	
Confinado en silla de ruedas o encamado	

**2.- VESTIDO**

Se viste correctamente por sí solo	
Se viste solo pero precisa supervisión	
Precisa ayuda moderada para vestirse	
Precisa considerable ayuda para vestirse	
No puede vestirse en absoluto	

**3.- ALIMENTACIÓN**

Se alimenta correctamente y sin ayuda	
Se alimenta solo pero precisa supervisión	
Precisa ayuda moderada para alimentarse	
Precisa considerable ayuda para alimentarse	
No puede alimentarse en absoluto	

**4.- ASEO**

Se asea correctamente por sí solo	
Se asea solo pero precisa supervisión	
Precisa ayuda moderada para asearse	
Precisa considerable ayuda para asearse	
No puede asearse en absoluto	

**5.- CONTINENCIA DE ESFÍNTERES**

Continencia completa	
Incontinencia ocasional	
Incontinencia moderada	
Incontinencia frecuente	
Incontinencia total	

**VALORACIÓN PSÍQUICA**

**6.- MEMORIA**

Recuerda sin problemas	
Tiene pérdida leve	
Tiene pérdida moderada	
Tiene pérdida severa	
Tiene pérdida total	

**7.- ORIENTACIÓN TEMPO-ESPACIAL**

Bien orientado	
Alteraciones leves	
Alteraciones moderadas	
Alteraciones graves	
Completamente desorientado	

**8.- COMUNICACIÓN**

Se comunica sin problemas	
Dificultades leves	
Dificultades moderadas	
Dificultades graves	
Incapacidad total	

**9.- PERCEPCIÓN Y PENSAMIENTO  
(Delirios, ideas paranoides, alucinaciones)**

Normal	
Alteraciones leves	
Alteraciones moderadas	
Alteraciones graves	
Alteraciones totales	

**10.- TRASTORNOS DE CONDUCTA**

Normal	
Alteraciones leves	
Alteraciones moderadas	
Alteraciones graves	
Alteraciones totales	

**11.- AUTOPROTECCIÓN**

Normal	
Alteraciones leves	
Alteraciones moderadas	
Alteraciones graves	
Alteraciones totales	

INFORME MEDICO.

EFFECTUADO POR  
EL/LA DOCTOR/A D.D<sup>a</sup>.

---

CENTRO DONDE PRESTA SERVICIO: \_\_\_\_\_

COMPANÍA PRIVADA (SI

PROCEDE

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ TLF.: \_\_\_\_\_

S.E.D.U. : \_\_\_\_\_ TLF.: \_\_\_\_\_

NOMBRE USUARIO: \_\_\_\_\_ N.S.S

.

CIRCULATORIO (CORAZON Y VASOS)		RESPIRATORIO	
HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/>	VENOPATIAS (VARICES) <input type="checkbox"/>	CATARROS FRECUENTES <input type="checkbox"/>	E. PULMONAR OBSTRUCTIVA (EPOC) <input type="checkbox"/>
ISQUEMIA (ANGOR O INFARTO) <input type="checkbox"/>	ARRITMIAS <input type="checkbox"/>	ASMA BRONQUIAL <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS PULMONAR <input type="checkbox"/>
MARCAPASOS <input type="checkbox"/>	VALVULOPATIA <input type="checkbox"/>		
ENDOCRINO		DIGESTIVO	
DIABETES <input type="checkbox"/>	INSULINO/DDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	HERNIA <input type="checkbox"/>	ULCERA <input type="checkbox"/>
TIROIDES <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	CIRROSIS <input type="checkbox"/>	CALCULOS EN VESICULA <input type="checkbox"/>
GENITO-URINARIO		OJOS/OIDOS	
VEGIGA <input type="checkbox"/>	PROSTATA <input type="checkbox"/>	INVIDENTE <input type="checkbox"/>	DISMINUCION DE LA VISION <input type="checkbox"/>
CALCULOS RENALES <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	SORDERA TOTAL <input type="checkbox"/>	DISMINUCION AUDITIVA <input type="checkbox"/>
LOCOMOTOR		NEURO/PSICOLOGICOS	
ARTROSIS <input type="checkbox"/>	COLUMNA <input type="checkbox"/>	PARALISIS <input type="checkbox"/>	TRASTORNOS DEL LENGUAJE <input type="checkbox"/>
REUMATISMO <input type="checkbox"/>	CIATICA <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE CEREBRAL <input type="checkbox"/>	ALZHEIMER <input type="checkbox"/>
FRACTURA DE FEMUR <input type="checkbox"/>	FRACTURA DE CADERA <input type="checkbox"/>	DEMENCIA EPILEPSIA <input type="checkbox"/>	DEPRESION <input type="checkbox"/>
<b>OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES DE INTERES:</b>			
_____			
_____			
ENFERMO CRONICO (ASISTENCIA A DOMICILIO), INDICAR CUAL:			
<b>MEDICACION Y DOSIFICACION</b>			
SONDA: <input type="checkbox"/>	OXIGENOTERAPIA: <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION PARENTERAL:	
OTROS:			
_____			
_____			

**DATOS PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA:** (marcar lo que corresponda).

ACTIVIDAD	SI	NO
Obtener ayuda en una urgencia		
Contestar llamadas a la puerta		
Usar el teléfono		
Seguridad y acceso (manejar pestillos, llaves, cerrojos, abrir y cerrar puertas y ventanas)		
Manejar dispositivos domésticos (grifos, enchufes, interruptores)		
Dependencia de aparatos especiales que precisen ayuda de otra persona para su utilización (dializador, oxígeno, alimentación por sonda)		
Necesidad de precauciones especiales (tendencia a hemorragias, crisis epilépticas, pérdida de conciencia, autólisis).		
Dependencia de otra persona para la colocación de prótesis, órtesis, etc		

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo: Dr/Dra

Colegiado/a nº .....de