

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD

Para el reconocimiento de la situación de Dependencia, recogido en el Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Datos de identificación de la persona:

| <i>Primer apellido</i> | <i>Segundo apellido</i> | <i>Nombre</i> | |
|----------------------------|-------------------------|---------------|--------------------------|
| | | | |
| <i>Fecha de nacimiento</i> | <i>Sexo</i> | | <i>DNI/NIE/Pasaporte</i> |
| | varón | mujer | |

1. Diagnósticos de **enfermedad estable o permanente** que le supongan una falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial:

| <i>Diagnóstico</i> | <i>Fecha de diagnóstico</i> |
|--------------------|-----------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2. Señale si entre las causas principales relacionadas con la aparición de dependencia se encuentra alguna de las siguientes:

Deterioro cognitivo. Puntuación (MEC): _____

Enfermedad mental.

Discapacidad intelectual

3. Como consecuencia de los anteriores diagnósticos presenta trastornos del comportamiento que impidan la normal convivencia con otras personas:

NO

SÍ

4. Alguna patología le cursa por brotes:

NO

SÍ

En caso afirmativo, reseñar e indicar el número de ellos en el último año: _____

5. Tiene tratamiento farmacológico:

NO

SÍ

6. Tiene tratamiento psicoterapéutico:

NO

SÍ

7. Tiene tratamiento rehabilitador:

NO

SÍ

8. Como consecuencia de sus enfermedades **precisa de ayuda de otra persona** para realizar las siguientes actividades de la vida diaria:

| Actividad | Precisa ayuda | | Observaciones |
|---|---------------|----|---------------|
| | SÍ | NO | |
| Comer y beber, una vez servidos los alimentos | SÍ | NO | |
| Lavarse | SÍ | NO | |
| Vestirse | SÍ | NO | |
| Desplazarse dentro del hogar | SÍ | NO | |
| Desplazarse fuera del hogar | SÍ | NO | |

9. Tiene indicación de medidas de soporte funcional y/o productos de apoyo prescritos: ayudas técnicas, órtesis, prótesis,

| Breve descripción de la medida de soporte funcional y/o producto de apoyo prescrito | La utiliza adecuadamente | Objeto principal de la intervención actual | | | |
|---|--------------------------|--|----------|----------|---------------|
| | | Rehabilitar | Prevenir | Mantener | No interviene |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

10. Con las medidas terapéuticas adecuadas indique si la condición de salud actual de la persona probablemente pueda modificarse en los próximos seis meses:

Se mantendrá más o menos igual.

Mejorará.

Empeorará.

11. Señale otras observaciones de interés en relación con el estado de salud de la persona que tengan que ver con la dependencia:

Informe emitido por:

Apellidos y nombre del profesional:

Centro de Salud o Servicio:

Teléfono:

Municipio:

Código Postal:

Fecha

Sello o etiqueta adhesiva

Firma