

Informe de salud

para el reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la ley 39/2006, de 14 de diciembre

1. Solicitante (se puede sustituir por una etiqueta autoadhesiva)			
1 Apellido	2 Apellido	Nombre	
Fecha Nacimiento	D.N.I.	Tarjeta Sanitaria	Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer

2. Indique los diagnósticos* de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, prolongado, crónico o de larga duración:			
	Diagnósticos	Fecha Diagnóstico	Código
Demencias y trastorno mental orgánico			
Limitaciones sensoriales y afectación de la capacidad perceptivo cognitiva			
Patología traumática o reumática			
Trastornos graves del comportamiento			
Otras Procesos y/o Patologías: (Sistema nervioso, osteomusculares, respiratorios, cardiovasculares, retraso mental, genéticos, infecciosos, etc.)			

* Se podrán adjuntar los informes médicos disponibles

3. Indique los tratamientos actuales , medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, ortésis y prótesis prescritos *:	
Farmacológicos	
Cuidados de enfermería	
Higiénico-dietético	
Psicoterapéutico	
Rehabilitador	
Ayudas técnicas	
Otros	
¿El/la interesado/a es capaz de aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

* Se podrán adjuntar los planes de tratamiento disponibles

4. Indique si la situación actual de salud puede modificarse , probablemente, en los próximos seis meses:		
<input type="checkbox"/> Se mantendrá más o menos igual	<input type="checkbox"/> Mejorará	<input type="checkbox"/> Empeorará

5. Indique si entre las patologías descritas , alguna de ellas curso en brotes :		
Patología	Frecuencia en el último año:	brotes

6. Esta incluido en los siguientes programas :	
<input type="checkbox"/> Atención a enfermos crónicos dependientes: tipo de cuidados	<input type="checkbox"/> Otros:

7. Observaciones:
Aquellas de interés en relación con el estado de salud en relación a su dependencia no recogidas anteriormente, realización de otros test, etc.

8. Identificación del profesional que emite el informe		Fecha Informe:	
Nombre y apellidos:			
Organismo/ Centro de Salud:	Cargo		
Firma:	Sello		