

INFORME MEDICO DEL PROGRAMA DE AYUDA A DOMICILIO MUNICIPAL

Emitido por el Doctor/a D./Dña. _____
Colegiado n°: _____ relativo al estado de salud de D. Dña.: _____
_____ con D.N.I.: _____

Situación física:

Limitación del campo

Limitación del campo visual

No tiene	leve	moderada	Grave
----------	------	----------	-------

Limitación del campo auditivo

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Incontinencia

Urinarias

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Fecales

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Dificultad manejo de extremidades

Superiores

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Inferiores

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Dificultad respiratoria:

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Movilidad:

- encamado/a
- usa silla de ruedas
- Se precisa ayuda de otro tipo de ayuda para deambular: tipo _____
- Camina solo/a

Situación Psíquica:

Desorientación tempo-espacial

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Alteraciones de percepción:

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Incoherencia en la comunicación

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Descontrol emocional

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Trastornos de memoria

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Trastornos de conducta

No tiene	leve	moderada	grave
----------	------	----------	-------

Situación clínica:

Diagnóstico:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Observaciones:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

San Sebastián de La Gomera a _____ de _____ de 20__

Firma y cuño