

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD
1. SOLICITANTE (se puede sustituir por etiqueta autoadhesiva)

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

FECHA DE NACIMIENTO EDAD

MOTIVO DEL INFORME

 Solicitud inicial de reconocimiento

 Revisión del reconocimiento

2. DATOS DE LA DISCAPACIDAD QUE ALEGA LA PERSOA SOLICITANTE

LA DOLENCIA QUE ALEGA ES

 Física

 Intelectual

 Mental

 Sensorial

3. DIAGNÓSTICOS

Indique los diagnósticos* de las enfermedades, trastornos o otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, prolongado, crónico o de larga duración

PATOLOGÍAS	DIAGNÓSTICO (cubrir obligatoriamente)	FECHA DIAGNÓSTICO (cubrir obligatoriamente)	CODIFICACIÓN		FASE EVOLUTIVA
			CLASIFICACIÓN	CÓDIGO	
Demencias y enfermedades neurodegenerativas					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Limitaciones sensoriales y afectación de la capacidad perceptivo-cognitiva					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Patología traumática					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Trastornos graves del comportamiento					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Atraso mental/enfermedad mental/deterioro cognitivo					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Otras patologías (sistema nervioso, osteomusculares, aparato respiratorio, cardiovascular, genéticas, infecciosas, etc.)					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica

* Podrá presentar informes médicos que complementen el modelo normalizado.

4. INDIQUE LOS TRATAMIENTOS ACTUALES, MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, AYUDAS TÉCNICAS, ORTOSIS Y PRÓTESIS PRESCRITOS (cubrir obligatoriamente)

FARMACOLÓGICOS

HIGIÉNICO/DIETÉTICO

PSICOTERAPÉUTICO

INDICACIONES MÉDICAS DE SOPORTE TERAPÉUTICO, FUNCIONAL Y/O PRODUCTOS DE APOYO

REHABILITADOR
 Recibe No recibe

 Agotadas las posibilidades terapéuticas
y/o rehabilitadoras

 No agotadas las posibilidades terapéuticas
y/o rehabilitadoras

OTROS

5. INDIQUE LAS MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, SOPORTE TERAPÉUTICO Y AYUDAS TÉCNICAS QUE TIENE PRESCRITAS
(cubrir obligatoriamente)

- Oxigenoterapia Soroterapia Nutrición enteral por SNG/PEG Nutrición parental
- S. Vesical Ostomías Absorbentes Prótesis/ortosis
- Andador Silla de ruedas Sujeción mecánica
- Otros

6. INDIQUE SI EXISTE NECESIDAD DE APOYO PARA LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

(cubrir obligatoriamente)

- Leve Moderada Grave

7. INDIQUE SE ENTRE LAS PATOLOGÍAS DESCRITAS, ALGUNA DE ELLAS CURSA EN BROTES

(cubrir obligatoriamente)

PATOLOGÍA	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO BROTE

8. INDIQUE SI LA PERSONA SE PUEDE TRASLADAR FUERA DEL DOMICILIO

- SÍ NO

9. IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME (cubrir obligatoriamente)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DEL INFORME
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORGANISMO/CENTRO DE SALUD			Nº COLEGIADO/A
<input type="text"/>			<input type="text"/>

FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

SELLO

Lugar y fecha

, de de