

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:

Primer apellido	Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo		DNI/NIE/Pasaporte	
	<input type="radio"/> varón	<input checked="" type="radio"/> mujer		

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

Diagnóstico	Fecha de diagnóstico

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
Comer y beber, una vez servidos los alimentos	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
Lavarse	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
Vestirse	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
Desplazarse dentro del hogar	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
Desplazarse fuera del hogar	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	

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

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