

# 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:

<b>Primer apellido</b>	<b>Segundo apellido</b>	<b>Nombre</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b>		<b>DNI/NIE/Pasaporte</b>
/ /	<input type="checkbox"/> VARÓN	<input type="checkbox"/> MUJER	

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

<b>Diagnóstico</b>	<b>Fecha de diagnóstico</b>
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

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:

<i>Actividad</i>	<i>Precisa ayuda</i>		<i>Observaciones</i>
Comer y beber, una vez servidos los alimentos	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Lavarse	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Vestirse	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Desplazarse dentro del hogar	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Desplazarse fuera del hogar	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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**