

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? SI 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:

Se mantendrá más o menos igual Mejorará 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**:

Atención a Enfermos Crónicos Dependientes: tipo de cuidados 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	