**Sistema Riojano de Autonomía Personal**

**y Atención a las personas en situación de dependencia**

**INFORME DE SALUD**

**Informe del Sistema Público de Salud en la Rioja**

**para la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia**

Informe que emite el/la Dr./Dra

Colegiado nº………………………..Centro de salud……………………………………………………………….........................

Localidad

**1. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre |
| D.N.I./N.I.E/Pasaporte | Fecha de nacimiento | Localidad de residencia |

**2. DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES DE INTERÉS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES | FECHA DE DIAGNÓSTICO | SI CURSA A BROTES, FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| [ ]  Enfermedad Mental[ ]  Limitaciones sensoriales | [ ]  Discapacidad intelectual [ ]  Trastornos del comportamiento | [ ]  Afectación percepctivo-cognitiva *Señale con una “x” lo que proceda*  |

*\* Se podrán adjuntar los informes médicos disponibles*

**3. TRATAMIENTO**

|  |
| --- |
| **Fármacos prescritos:** |
| **Atención especializada:****[ ]** Cuidados Paliativos [ ]  Cuidados hospitalarios [ ]  Cuidados hospitalarios a domicilio  |
| **Otros:***[ ]*  Psicoterapéutico[ ]  Rehabilitador | [ ]  Oxigenoterapia (horas/día\_\_\_\_\_\_\_)[ ]  Higiénico-dietético\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Señale con una “x” lo que proceda* \_ |

**4. MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, TERAPÉUTICO, Y/O AYUDAS TÉCNICAS, ÓRTESIS Y PRÓTESIS**

*(indique aquellas que actualmente tiene prescritas el/la paciente).*

|  |  |
| --- | --- |
|  | FECHA DE PRESCRIPCIÓN |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**5. PESO AL NACER EN GRAMOS EN MENORES DE 6 MESES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**6. EVOLUCIÓN EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES**

[ ]  Se mantendrá más o menos igual. [ ]  Mejorará. [ ]  Empeorará.

 **7. OBSERVACIONES**

*(Indique aquellas que considere de interés en relación con el estado de salud del/la paciente)*

|  |
| --- |
|  |

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos de que los datos recabados en la solicitud y en la documentación a adjuntar paral a tramitación de la misma serán incluidos en los ficheros de *Usuarios de Servicios Sociales* y *Administración de los usuarios de los servicios sociales*, cuyas finalidades son la gestión de los datos de los usuarios a los que se prestan los servicios y la de recabar datos identificativos y económicos para la administración de las actividades y servicios ofrecidos a los usuarios, respectivamente. Los datos solicitados son necesarios para cumplir con dicha finalidad y, por lo tanto, la no obtención de los mismos impide su consecución. La Consejería Salud y Servicios Sociales es responsable de los ficheros, y como tal le garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos facilitados, para lo cual deberá dirigirse por escrito a: C/Villamediana, nº17, 26071, Logroño - La Rioja. De igual modo, se compromete a respetar la confidencialidad de sus datos y a utilizarlos de acuerdo con la finalidad de los ficheros.

En………………………………… , a …….. de ………………………….. de 20 …

Firmado: