



INFORME DE CONDICIONES DE SALUD
PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA
(DE 0 A 3 AÑOS)

1- Datos del solicitante:

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
D.N.I.:	FECHA DE NACIMIENTO:

2- Antecedentes personales solo rellenar si la persona es menor de 6 meses

Peso al nacer (en gramos):

3- Problemas de salud en activo, de carácter permanente o crónico, que inciden sobre la situación de dependencia del solicitante (ordenar por importancia en relación a la incidencia sobre dicha situación):

ORDEN	DIAGNOSTICOS PRINCIPALES	CIE-9 / CIE-10	FECHA
1º			
2º			
3º			

4- Tratamientos que tiene prescritos actualmente (señalar los que tienen relevancia):

FARMACOLOGICOS	
PSICOTERAPEUTICOS	
REHABILITADORES	
CUIDADOS ENFERMERIA	
OTROS	

5- Cuidados y medidas de soporte para funciones vitales (marcar lo que proceda con una X).

1- ALIMENTACION

- | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica exclusiva | <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral |
| <input type="checkbox"/> Parenteral exclusiva | <input type="checkbox"/> Parenteral complementaria de la vía oral |
| <input type="checkbox"/> PEG exclusiva | <input type="checkbox"/> PEG complementaria de la vía oral |
| <input type="checkbox"/> Estoma permanente | |



Comunidad de Madrid

2- RESPIRACION

- Respirador mecánico Aspiración continuada
 Oxigenación de mas de 16 horas Monitor de apneas

3- FUNCION RENAL Y/O URINARIA

- Diálisis Sondaje vesical permanente Estoma permanente

4- FUNCION ANTIALGICA

- Bomba de perfusión continua Catéter epidural permanente

5- FUNCION INMUNOLÓGICA

- Aislamiento Semiaislamiento/mascarilla permanente

6- MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD (PARA NIÑOS DE 6 A 35 MESES)

- Fijación vertebral externa Fijación pelvipédica
 Fijación a la cintura pélvica Tracción esquelética continúa
 Prótesis /órtesis de MMII/MMSS (corporal) Vendaje compresivo (> 50% superficie)
 Casco protector Protección lumínica permanente
 Procesador de implante coclear

7- OTROS CUIDADOS

- Adaptaciones por déficit sensorial Adaptaciones de movilidad

6- Otras observaciones de interés relacionadas con el estado de salud de el/la solicitante y su situación de dependencia.

7- Identificación del profesional que emite el informe:

Dr. / Dra: _____
Nº de Colegiado: _____

Sello y firma:

En Madrid, a de de 201

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.madrid.org/proteccionDeDatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento