



**Govern de les Illes Balears**

Conselleria de Salut, Família i Benestar Social  
Direcció General de Família, Benestar Social  
i Atenció a Persones en Situació Especial



**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DE DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA**

**INFORME DE SALUD DE LA PERSONA**

<b>Primer apellido</b>		<b>Segundo apellido</b>	
<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>DNI/NIE/pasaporte</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

Indique los **diagnósticos médicos** de las enfermedades, los trastornos y otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, crónico, prolongado de larga duración que presenta:

<b>Neurológico</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
Isquemia cerebral transitoria		G45
Infarto cerebral		I63
Hemorragia cerebral		I61
Hemiplejía		G81
Paraplejía i cuadriplejía		G82
Demencia de Alzheimer		F00
Demencia vascular		F01
Otras demencias		F02
Enfermedad de Parkinson		G20
Esclerosis múltiple		G35
Epilepsia		G40
<b>Circulatorio</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
Hipertensión arterial		I10
Angina de pecho		I20
Infarto agudo de miocardio		I21
Enfermedad cardíaca isquémica crónica		I25
Cardiomiopatía		I42
Insuficiencia cardíaca		I50
Aneurisma y disección aórtica		I71
Enfermedad vascular periférica		I73
Varices de las extremidades inferiores		I83
<b>Digestivo</b>		<b>CIE 10</b>
Reflujo gastroesofágial		K21
Úlcera gástrica/duodenal		K25/K26
Cálculo biliar		K80
Hepatitis viral crónica		B18
Cirrosis hepática		K74
Insuficiencia hepática		K72
Enfermedades pancreáticas		K86
Malabsorción intestinal		K90
Enfermedad de Crohn		K50
Colitis ulcerosa		K51

<b>Endocrino-metabólico</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
Diabetes mellitus insulino dependiente		E10
Diabetes mellitus no insulino dependiente		E11
Hipertiroidismo		E05
Hipotiroidismo		E03
Obesidad		E66
Dislipemia		E78
Desnutrición leve/severa		E44/E43
<b>Oftalmológico</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
Alteraciones de la visión		H53
Ceguera de ambos ojos		H54.0
Ceguera de un ojo		H54.4
<b>Aparato respiratorio</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
EPOC		J44
Bronquioectasia		J47
Insuficiencia respiratoria crónica		J96
Asma		J45
Síndrome de la apnea del sueño		G47.3
<b>Nefrourológico</b>		<b>CIE 10</b>
Incontinencia urinaria		R32
Cálculo del riñón y del uréter		N20
Hiperplasia de la próstata		N40
Insuficiencia renal crónica		N18
Diálisis renal		Z49
<b>Salud mental</b>		<b>CIE 10</b>
Trastornos de ansiedad		F41
Depresión		F32
Esquizofrenia		F20
Trastorno afectivo bipolar (manicodepresivo)		F31
Delirio orgánico (estado confusional)		F05
Trastornos de la alimentación		F50
Trastornos del sueño		F51
Abuso de sustancias psicoactivas (especificuelas)		F10-F19

<b>Infecciones (específicas)</b>	<b>A00-B99</b>
<b>Osteoarticular</b>	<b>CIE 10</b>
Artritis reumatoide	M05
Artrosis	M15-M19
Enfermedades del tejido conjuntivo	M30-M36
Discopatía cervical	M50
Discopatía dorsal, lumbar	M51
Cifosis y lordosis	M40
Escoliosis	M41
Osteoporosis y otras alteraciones de la densidad ósea	M80-M85
<b>Otros</b>	<b>CIE 10</b>

<b>Neoplasias (específicas)</b>	<b>C00-D48</b>
<b>Pediatría</b>	<b>CIE 10</b>
Parálisis cerebral infantil	G80
Malformaciones congénitas (específicas)	Q00-Q89
Anomalías cromosómicas (específicas)	Q90-Q99
Síndrome de Down	Q90
Retraso mental leve/moderado/grave	F70/F71/F72
Autismo infantil	F84.0
<b>Otros</b>	<b>CIE 10</b>

Si la persona padece brotes de alguna de las patologías descritas, indíquelo:

<b>Patología</b>	<b>Frecuencia en el último año</b>

Indique los **tratamientos** que tenga prescritos actualmente la persona:

<b>Farmacológico</b>					
<i>Principio activo o nombre comercial</i>		<i>Dosis diaria</i>		<i>Vía de administración</i>	
<b>Rehabilitador</b>					
Osteoarticular		Respiratorio		Cardíaco	
Psicoterapéutico		Tipo:			
<b>Otros</b>					
<b>Observaciones</b>					

Indique los **diagnósticos de enfermería** de carácter permanente o de larga duración que presenta:

Diagnósticos de autonomía	Parcial	Total
Suplencia para la alimentación		
Suplencia para la eliminación fecal y urinaria		
Suplencia para la movilización y el mantenimiento de la postura adecuada		
Suplencia para vestirse y para el cuidado personal		
Suplencia para el mantenimiento de la temperatura corporal		
Suplencia para la higiene y la protección de la piel		
Suplencia para el mantenimiento de la seguridad del entorno		
Diagnósticos de independencia		Sí
Deterioro de la movilidad física en relación con: manifestado por:		
Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal en relación con: manifestado por:		
Déficit de actividades recreativas en relación con: manifestado por:		
Baja autoestima situacional en relación con: manifestado por:		
Riesgo de soledad en relación con:		
Riesgo de lesión en relación con:		
<b>Otros Observaciones</b>		

Indique los **cuidados de enfermería** que tenga prescritos la persona:

Recomendaciones	Sí	Tipo
Dieta		
Higiene personal		
Eliminación		
Ejercicio		
Seguridad en el entorno		
<b>Cura de heridas</b>		
<b>Otros Observaciones</b>		

Indique las medidas de apoyo funcional y terapéutico y las ayudas técnicas que utilice:

Medidas	Sí	Medidas	Sí	Medidas	Sí
Oxigenoterapia		Colector urinario		Caminador	
Sonda gástrica		Pañal		Silla de ruedas	
Sonda vesical		Prótesis de extremidades		Otros:	
Indique si la persona necesita otras ayudas de las que en este momento no disponga:					

Indique el estado de salud de la persona cuidadora:

¿Presenta problemas de salud que le dificulten la tarea?  Sí  No

¿Tiene el apoyo de otras personas?  Sí  No

Observaciones: .....

Diagnósticos de independencia	Sí
Cansancio o riesgo de cansancio del rol de cuidador en relación con: manifestado por:	
Interrupción o riesgo de interrupción de los procesos familiares en relación con: manifestado por:	
<b>Otros</b>	

Indique si la situación actual de salud puede modificarse, probablemente, en los próximos seis meses, con las medidas terapéuticas adecuadas:

Se mantendrá más o menos igual

Empeorará

Mejorará

Disminuirá el empeoramiento

Médico/a: ..... Colegiado/a nº: .....

Enfermero/a: ..... Colegiado/a nº: .....

....., ..... de ..... de 201...

[firma del médico/a]

[firma del enfermero/a]