

**INFORME DE CONDICIONES DE SALUD**  
**PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA**  
**(MAYORES DE 3 AÑOS)**

**1- Datos del solicitante:**

<b>NOMBRE:</b>
<b>APELLIDOS:</b>
<b>D.N.I.:</b> <span style="float: right;"><b>FECHA DE NACIMIENTO:</b></span>

**2- 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	DIAGNÓSTICOS ACTUALES	CIE-9 / CIE-10	FECHA
1º			
2º			
3º			
	<b>DIAGNÓSTICOS PREVIOS</b>		
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			

- Enfermedad mental     
  Discapacidad intelectual     
  Trastornos graves del comportamiento  
 Limitaciones sensoriales     
  Enf. infecciosas activas     
  Afección de la capacidad perceptivo-cognitiva

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

<b>FARMACOLÓGICOS</b>	
<b>PSICOTERAPÉUTICOS</b>	
<b>REHABILITADORES</b>	
<b>AYUDAS TÉCNICAS</b>	
<b>CUIDADOS ENFERMERÍA</b>	

**4- Marcar lo que proceda** (poner una X o un círculo donde corresponda):

1. SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN BASAL	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
2. PRESENTA DISMINUCIÓN DE VISIÓN Y/O AUDICIÓN	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
3. PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
4. PRESENTA INCONTINENCIA FECAL	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
5. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMII	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
6. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMSS	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
7. PRESENTA ALTERACIÓN DE CONDUCTA	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
8. TIENE CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
9. SE RESPONSABILIZA DE SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
10. SE PREVE MEJORÍA EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
11. SE ENCUENTRA ENCAMADO DE FORMA PERMANENTE	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
12. PRECISA SILLA DE RUEDAS DE FORMA PERMANENTE	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>

## 5- Valoración de las ABVD

Se valorará (de 0 a 3) la capacidad que tiene el/la solicitante para desempeñar por sí mismo/a las actividades anteriormente mencionadas, así como la necesidad de apoyo:

0 - INDEPENDIENTE: No precisa ninguna ayuda.

1 - SUPERVISIÓN/PREPARACIÓN: Solo necesita una preparación, por parte del cuidador/a habitual, de los elementos necesarios para realizar la tarea, o bien se le proporciona vigilancia, se le anima o se le da indicaciones para que la ejecute.

2 - AYUDA PARCIAL O LIMITADA: La persona participa en la realización de la tarea. Comprende cómo tiene que hacerlo y se implica en la ejecución/desarrollo de la misma.

3 - AYUDA TOTAL: Realización por parte del cuidador de la totalidad de la actividad. Inmovilizado/encamado o ausencia de capacidad de comprensión.

ACTIVIDAD	Autonomía / Apoyo
<b>COMER:</b> Hacer uso correcto de los cubiertos, llevarse los alimentos a la boca. Incluye la ingesta de alimentos a través de otros medios (sonda, nutrición parenteral total)	
<b>MICCIÓN/DEFECACIÓN:</b> Acudir al baño, usar el retrete (adoptar la postura adecuada), limpiarse correctamente y ajustarse la ropa. Incluye cambiarse el absorbente y el manejo de la sonda u ostomía.	
<b>ASEO PERSONAL:</b> Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del mismo. Incluye acceder a la bañera o plato de ducha por sí solo.	
<b>VESTIDO:</b> Ponerse/quitarse todas las prendas de vestir y el calzado. Incluye abrochar botones/cremalleras así como ponerse las prótesis y órtesis prescritas.	
<b>TRANSFERENCIAS:</b> Como se mueve entre superficies hacia o desde: la cama, la silla. Incluye sentarse/levantarse de la silla, la cama.	
<b>DESPLAZAMIENTOS DENTRO DEL HOGAR:</b> Andar/moverse en el domicilio habitual: dentro de una habitación o entre diferentes estancias.	
<b>DESPLAZAMIENTOS FUERA DEL HOGAR:</b> Acceder al exterior de la vivienda. Caminar y/o moverse cerca o lejos de la propia vivienda.	

## 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 \_\_\_\_\_, 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](http://www.madrid.org/proteccionDeDatos). Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento