

## ANEXO II

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

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (B.O.E. nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

### INFORME DE SALUD DE LA PERSONA

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre		Fecha Nacimiento	DNI/NIE/Pasaporte
		Sexo	
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

1.-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, crónico, prolongado de larga duración que presenta:

Diagnóstico	Código (*)

(\*) Indique el sistema de codificación utilizado (CIE-9, CIE-10, CIAP ...)

Diagnóstico de enfermería	Código NANDA (*)

(\*) Si disponible

2.-En el caso de niños entre 0 y 5 meses, indique el peso al nacimiento en gramos: \_\_\_\_\_

3.-indique los tratamientos actuales que tiene prescritos (\*):

Farmacológico	
Psicoterapéutico	

<b>Rehabilitador</b>	
<b>Higiénico-dietético</b>	
<b>Cuidados de enfermería. NIC</b>	
<b>Otros</b>	

(\*) Se podrán adjuntar los planes de tratamiento disponibles.

**4.- Indique las medidas de soporte funcional, soporte terapéutico y/o ayudas técnicas que tiene prescritas:**

--

**5.- Si entre las patologías descritas, alguna cursa en brotes, indíquela:**

Patología	Frecuencia en el último año

**6.-Con las medidas terapéuticas adecuadas, indique si la situación actual de salud puede modificarse, probablemente, en los próximos seis meses:**

Se mantendrá más o menos igual.  Mejorará.  Empeorará.

Informe emitido por

D/D<sup>a</sup>.....  
Facultativo/a.

D/  
D<sup>a</sup>.....  
Enfermero/a.

Dependientes del Organismo: .....

Sello o etiqueta adhesiva	Fecha y firma (*)

(\*) Imprescindible firma del facultativo/a.