

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD

Para el reconocimiento de la situación de dependencia, recogido en el Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Datos de identificación de la persona:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo		DNI/NIE/Pasaporte
/ /	<input type="checkbox"/> VARÓN	<input type="checkbox"/> MUJER	

1. Diagnósticos de **enfermedad estable o permanente** que le supongan una falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial:

Diagnóstico	Fecha de diagnóstico
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

2. Entre las causas principales relacionada con la aparición de dependencia se encuentra una enfermedad mental, deterioro cognitivo o discapacidad intelectual:

NO SÍ

En caso afirmativo, aporte informes del o los especialistas donde conste el diagnóstico y describa la situación actual de la persona en relación a la enfermedad, trastornos u otras condiciones de salud. Y si es posible los test o pruebas que se hayan utilizado para confirmar el diagnóstico o para determinar la severidad.

Puntuación obtenida en el Mini Examen Cognoscitivo (**MEC**):

3. Como consecuencia de los anteriores diagnósticos presenta trastornos del comportamiento que impidan la normal convivencia con otras personas:

NO SÍ

4. Alguna patología le cursa por brotes:

NO SÍ

En caso afirmativo, reseñar e indicar el número de ellos en el último año:

5. Tiene tratamiento farmacológico:

NO SÍ

6. Tiene tratamiento psicoterapéutico:

NO SÍ

7. Tiene tratamiento rehabilitador:

NO

SÍ

8. Como consecuencia de sus enfermedades **precisa de ayuda de otra persona** para realizar las siguientes actividades de la vida diaria:

<i>Actividad</i>	<i>Precisa ayuda</i>		<i>Observaciones</i>
Comer y beber , una vez servidos los alimentos	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Lavarse	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Vestirse	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Desplazarse dentro del hogar	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Desplazarse fuera del hogar	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	

9. Tiene indicación de medidas de soporte funcional y/o productos de apoyo prescritos: ayudas técnicas, ortesis, prótesis,

<i>Breve descripción de la medida de soporte funcional y/o producto de apoyo prescrito</i>	<i>La utiliza adecuadamente</i>	<i>Objeto principal de la intervención actual</i>			
		<i>Rehabilitar</i>	<i>Prevenir</i>	<i>Mantener</i>	<i>No interviene</i>

10. Con las medidas terapéuticas adecuadas indique si la condición de salud actual de la persona probablemente pueda modificarse en los próximos seis meses:

Se mantendrá más o menos igual.

Mejorará.

Empeorará.

11. Señale otras observaciones de interés en relación con el estado de salud de la persona que tengan que ver con la dependencia:

Informe emitido por:

Apellidos y nombre del profesional:

Centro de Salud o Servicio:

Teléfono:

Municipio:

Código Postal:

Fecha: / /

Sello o etiqueta adhesiva

Firma