

INFORME DE SALUD

Para solicitud de prestaciones sociales para niños de 0 a 35 meses

| | |
|----------------------------------|---|
| Fecha: | Nombre y Apellidos del niño/a: |
| Pediatra de referencia: | |
| CIAS: | |
| Centro de salud/Hospital: | |
| Tfno.: | |
| | Fecha nacimiento: |
| | CIP: |
| | Nombre y apellidos de los padres/tutores: |
| | Dirección (calle, nº, piso, letra, Población, CP): |
| | Tfno.: |

Antecedentes Personales

Peso al nacer: _____ gramos

Situación de salud y problemas en el desarrollo psicomotor:

| Fecha inicio | Problema de salud | CIE10* | Evolución | Brotos último mes |
|--------------|-------------------|--------|-----------|-------------------|
| | | | | |

Tratamientos farmacológicos y otras medidas terapéuticas (higiénico-dietético, rehabilitador...)

Motivo de derivación a Atención Temprana e información relevante

Cuidados: Medidas de soporte para funciones vitales (para niños de 0 a 35 meses)

Alimentación:

- Sonda nasogástrica exclusiva
- Parenteral exclusiva
- Alimentación por estoma
- Sonda nasogástrica complementaria vía oral
- Parenteral complementaria de la vía oral
- Estoma eferente

Respiración:

- Respiración mecánico
- Monitor permanente de apneas
- Aspiración continuada
- Oxigenoterapia permanente (más de 16 h)

Función Renal y/o Urinaria:

- Diálisis
- Sondaje vesical permanente
- Estoma urinario

Función Antiálgica:

- Bomba de perfusión
- Catéter epidural permanente

Función Inmunológica:

- Aislamiento
- Semiaislamiento/mascarilla permanente

Medidas para la Movilidad (niños entre 6 y 35 meses):

- Fijación vertebral externa
- Fijación pelvipédica
- Fijación de la cintura pélvica
- Tracción esquelética continua
- Prótesis/órtesis de miembro superior y/o Inferior (especificar nº de medidas):
- Casco protector
- Vendaje corporal
- Protección lumínica permanente
- Procesador de implante coclear
- Bomba de insulina