XUNTA DE GALICIA
VICEPRESIDENCIA
DA IGUALDADE E DO BENESTAR
Secretaría Xeral do Benestar
Dirección Xeral de Acción Social

ANEXO II.A

Para cubrir polo/a médico/a do Servizo Galego de Saúde ou por un/unha médico/a doutras administracións públicas que traten habitualmente o/a solicitante.

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
VALORACIÓN DO GRAO E NIVEL DE DEPENDENCIA	**VP210A**	**INFORME**

INFORME DE SAÚDE DE PERSOAS MAIORES DE TRES ANOS

Dada a incidencia deste informe na avaliación do expediente de solicitude para a valoración do grao e nivel de dependencia, é importante que cubran todos os datos contidos neste.

Recoñecemento efectuado polo/a doutor/a ..... Colexiado/a.....

Médico/a de.....

A/O solicitante de valoración do grao e nivel de dependencia:

D./D.ª (nome apelidos) ..... Data de nacemento .....

DNI/Pasaporte .....

INFORMA

1. Indique os diagnósticos das enfermidades, enfermidade mental, discapacidade intelectual, outras condicións de saúde e/ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, crónico, prolongado ou de longa duración que presenta:

Diagnóstico	Código CIE 10 / Outros

2. Indique os tratamentos actuais que ten prescritos:

Farmacolóxico	
Psicoterapéutico	
Rehabilitador	
Hixénico-dietético	
Outros	

3. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas:

4. Se entre as patoloxías descritas, algunha cursa en brotes, indique :

Patoloxía/s:	Frecuencia no último ano:

5. Indique a situación de dependencia na que se encontra:

Cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, polo menos unha vez ao día, ou se ten necesidades de apoio intermitente para a súa autonomía persoal.	☐ SI ☐ NON
Cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria dúas ou tres veces ao día, pero non require a presenza permanente dun coidador ou coidadora, ou ten necesidades de apoio extenso para a súa autonomía persoal.	☐ SI ☐ NON
Cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria varias veces ao día e, pola súa perda total de autonomía mental ou física, necesita a presenza indispensable e continua doutra persoa ou ten necesidades de apoio xeneralizado para a súa autonomía persoal.	☐ SI ☐ NON

6. Indique se pode desprazarse fóra do domicilio: Si ☐ Non ☐

SELO

SINATURA DO MÉDICO

, de de 200

(Para cubrir pola Administración)

RECIBIDO

REVISADO E CONFORME

NÚMERO DE EXPEDIENTE

DATA DE ENTRADA

/ /

DATA DE EFECTOS

/ /

DATA DE SAÍDA

/ /

Delegado/a provincial da Igualdade e do Benestar de _____