



Comunidad de Madrid

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

1- Datos del solicitante:

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
D.N.I.:	FECHA DE NACIMIENTO:

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	DIAGNOSTICOS PRINCIPALES	CIE-9 / CIE-10	FECHA
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			

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

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

FARMACOLOGICOS	
PSICOTERAPEUTICOS	
REHABILITADORES	
AYUDAS TECNICAS	
CUIDADOS ENFERMERIA	
OTROS	

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

1. SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN BASAL	SI	NO
2. PRESENTA DISMINUCION DE VISIÓN Y/O AUDICION	SI	NO
3. PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA	SI	NO
4. PRESENTA INCONTINENCIA FECAL	SI	NO
5. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMII	SI	NO
6. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMSS	SI	NO
7. PRESENTA ALTERACION DE CONDUCTA	SI	NO
8. TIENE CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	SI	NO
9. SE RESPONSABILIZA DE SU TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	SI	NO
10. SE PREVE MEJORÍA EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES	SI	NO



Comunidad de Madrid

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/PREPARACION: 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
COMER: 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)	
MICCIÓN/DEFECACION: 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 o ostomía.	
ASEO PERSONAL: Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del mismo. Incluye acceder a la bañera o plato de ducha por sí solo.	
VESTIDO: Ponerse/quitarse todas las prendas de vestir y el calzado. Incluye abrochar botones/cremalleras así como ponerse las prótesis y órtesis prescritas.	
TRANSFERENCIAS: Como se mueve entre superficies hacia o desde: la cama, la silla. Incluye sentarse/levantarse de la silla, la cama.	
DESPLAZAMIENTOS DENTRO DEL HOGAR: Andar/moverse en el domicilio habitual: dentro de una habitación o entre diferentes estancias.	
DESPLAZAMIENTOS FUERA DEL HOGAR: 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 2010