

INFORME MÉDICO

Solicitante: D./Dona:	
Nº- Afiliación:	Concello:
COBERTURA SANITARIA DO SOLICITANTE	
<input type="checkbox"/> Pública	<input type="checkbox"/> Privada Compañía:
ATENCIÓN PRIMARIA DO SOLICITANTE	ATENCIÓN HOSPITALARIA DO SOLICITANTE
Centro de saúde:	Hospital:
Médico de Familia:	Teléfono:
Teléfono:	Enderezo:
Enderezo:	Concello:
Horario Atención:	

DISCAPACIDADE FUNCIONAL			
	Válese(desenrolo adecuado tarefas)	Precisa axuda(apoio puntual)	Axuda total (Apoio indispensable)
Comer e beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados corporales (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micción e defecación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprazamento fogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprazamento fóra do fogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarefas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma de decisións(2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantemento saúde(3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (1). Cortar as uñas ,lavar o pelo, peitearse,lavar os dentes
 (2). Presenta iniciativa, coherencia e control das tarefas mencionadas
 (3). Segue as pautas terapéuticas indicadas

DIAGNÓSTICO CLÍNICO
ALERXIAS
TRATAMENTO

En _____, de _____ de 201____
 Asdo.(Nome e apelidos do Colegiado): _____ N.º Colexiado _____