

## INFORME MÉDICO

D. ...., colegiado n.º .....

de ..... , médico de ..... teléfono .....

Reconocimiento efectuado al solicitante/s de ingreso en la Residencia de Mayores y Centro de Día "El Encinar"

D./D.<sup>a</sup> ..... y D./D.<sup>a</sup> .....

| I.   | 1 <sup>er</sup> SOLICITANTE |    | 2 <sup>o</sup> SOLICITANTE |    |
|--|-----------------------------|----|----------------------------|----|
|  | Sí                          | No | Sí                         | No |
| 1. Padece enfermedad infecto-contagiosa    |                             |    |                            |    |
| 2. Inmovilizado en cama, atención continua |                             |    |                            |    |
| 3. Tensión Arterial                        |                             |    |                            |    |
| 4. Frecuencia Cardíaca                     |                             |    |                            |    |
| 5. Frecuencia respiratoria                 |                             |    |                            |    |

### 2. AUTONOMÍA FÍSICA

| LIMITACIONES                 | 1 <sup>er</sup> SOLICITANTE  | 2 <sup>o</sup> SOLICITANTE   |    |
|------------------------------|--|--|----|
| 1. Extremidades Superiores   | <input type="radio"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | <input type="radio"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | Y  |
| 2. Extremidades Inferiores   | <input type="radio"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | <input type="radio"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | Z  |
| 3. Continencia de Esfínteres | <input type="radio"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | <input type="radio"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | AA |
| 4. Vista y Oído              | <input type="radio"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | <input type="radio"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | AB |

DIAGNÓSTICO. Causa de la discapacidad física señalada anteriormente.

.....

.....

.....

.....

### 3. AUTONOMÍA PSÍQUICA

| TRASTORNOS                      | 1 <sup>ER</sup> SOLICITANTE   | 2 <sup>O</sup> SOLICITANTE  | BAREMO |
|---------------------------------|---|---|--------|
| 1. Orientación Espacio-Temporal | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | AC     |
| 2. Percepción                   | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | AD     |
| 3. Comunicación                 | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | AE     |
| 4. Control emocional            | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | AF     |
| 5. Memoria                      | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | AG     |
| 6. Conducta                     | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Leves<br><input type="checkbox"/> Importantes<br><input type="checkbox"/> Totales | AH     |

#### OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

....., a ..... de ..... de 2.00 .....

Firma