

(Anexo a la solicitud de plaza en Residencia de Mayores / Centros de Día de la Comunidad de Madrid)
Dada la incidencia del presente informe en la valoración del expediente de solicitud de plaza en Centros Residenciales / Centros de Día para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid, se ruega la cumplimentación de todos los datos contenidos en el informe, rellenando el apartado correspondiente con el texto que proceda o rodeando con un círculo en el supuesto de que se de alguna de las situaciones indicadas.

Reconocimiento médico efectuado por el Doctor /a D./Dña:

Médico del Sistema Nacional de Salud IMSALUD OTROS (especificar)

Dirección Centro de Salud (área) Teléfono:

Al solicitante D/ Dña: Edad: Sexo V M

Fecha de nacimiento:

- A) PADECE ENFERMEDAD INFECTO - CONTAGIOSA ACTIVA SI NO
B) SE ENCUENTRA INMOVILIZADO EN CAMA, NECESITANDO CUIDADOS MEDICOS DE FORMA PERMANENTE SI NO
C) PRESENTA TRASTORNOS PSÍQUICOS GRAVES QUE PUEDEN PRODUCIR ALTERACIONES EN LA CONVIVENCIA SI NO

1 . SITUACIÓN FÍSICA

1.1. LIMITACIONES EN EL CAMPO VISUAL Y/O AUDITIVO (Indicar si son: 0 - No; 1 - Leves; 2 - Importantes; 3 - Totales)	VISTA	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	OIDO	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
1.2. INCONTINENCIA (Indicar si es: 0 - No; 1 - Ocasional; 2 - Frecuente; 3 - Total)	URINARIA	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	FECAL	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
1.3. DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LAS EXTREMIDADES (Indicar si es: 0 - No; 1 - Leve; 2 - Importante; 3 - Total)		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
1.4. DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LAS EXTREMIDADES (Indicar si es: 0 - No; 1 - Leve; 2 - Importante; 3 - Total)		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Especificar: <input type="checkbox"/> Uso de bastón <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas					
1.5. DIFICULTAD RESPIRATORIA (Indicar si es: 0 - No; 1 - Leve; 2 - De moderada a severa)		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	

2. SITUACIÓN PSÍQUICA

2.1 DESORIENTACIÓN TEMPORO - ESPACIAL (Indicar si tiene trastornos: 0 - NO; 1- Leve o esporádico; 2 - Importantes; 3 - Desorientación total)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.2 ALTERACIONES DE PERCEPCIÓN (Indicar si son: 0 - NO; 1- Leves; 2 - Moderadas; 3 - Importantes)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.3 INCOHERENCIA EN LA COMUNICACIÓN (Indicar si son: 0 - NO; 1- Ligeras; 2 - Frecuentes; 3 - Importantes)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.4 DESCONTROL EMOCIONAL (Indicar si son: 0 - NO; 1- Ligero; 2 - Importantes; 3 - Total)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.5 TRASTORNOS DE LA MEMORIA (Indicar si son: 0 - NO; 1- Leves; 2 - Moderados; 3 - Graves)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.6 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA (Indicar si son: 0 - NO; 1- Leves; 2 - Moderados; 3 - Graves)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

3. SITUACIÓN CLÍNICA

(se refleja la causa que ha producido la incapacidad física o psíquica señaladas, indicando antecedentes personales y quirúrgicos)

Respiratorio:

Cardiovascular:

Digestivo:

Endocrinológico:

Musculoesquelético:

Genitourinario:

Org. sentidos:

Neurológico:

Psiquiátrico:

OBSERVACIONES: (especificar patología actual, incluyendo diagnóstico, tratamiento y dietas especiales)

En a de de