

INFORME MEDICO SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

INFORME MÉDICO EFECTUADO POR EL DOCTOR/A:

D./Dña.:

Colegiado nº

Comunidad de Madrid Otros:

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellidos Edad

Padece enfermedad infecto-contagiosa activa si no

Se encuentra inmovilizado en cama, necesitando cuidados médicos de forma permanente si no

Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones en la convivencia. si no

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Indicar las dolencias más importantes, intervenciones quirúrgicas, alergias, etc.

Movilidad

- Buena
- Regular
- Mala

Visión

- Buena
- Regular
- Mala

Audición

- Buena
- Regular
- Mala

Utiliza ayudas para moverse (muletas, andador, etc) si no

¿Utiliza Audífono? si no

El paciente, necesita ayuda:

Solo: Ayuda parcial: Ayuda total:

Para comer / beber

Para baño / ducha / aseo no diario

Para levantarse / acostarse.

Para lavarse / aseo diario

Para ayuda generalizada para el autocuidado personal (precisa compañía continua)

Para desplazamientos fuera de la vivienda (gestiones, consultas médicas)

Por trastornos de la personalidad / demencias

Por deficiencia mental

Para labores domésticas de frecuencia diaria

Para labores domésticas de frecuencia diaria

MEDICACIÓN

¿Existe algún producto farmacéutico indispensable para el cuidado del usuario que no cubra la Seguridad Social?

Especificarlo:

OBSERVACIONES

Fdo. Dr.:

Colegiado N°:

En

a

de

de