



INFORME MEDICO
PROGRAMA DE AYUDA A DOMICILIO Y/O
PROGRAMA DE APOYO A FAMILIAS CUIDADORAS

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE _____

CENTRO DE SALUD/HOSPITAL _____

PROFESIONAL/ES QUE EMITEN EL INFORME _____

FECHA DE EMISIÓN _____

¿ES INDEPENDIENTE PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES AVD?

AVD	SI	NO	OBSERVACIONES
Bañarse/ ducharse			
Vestirse			
Aseo personal			
Dºeambular			
Continencia			
Comer			
Comprar			
Cocinar			
Cuidado de la casa			
Lavar/tender ropa			
Tomar medicación			
Manejo de dinero			
Uso de teléfono			

DEPENDENCIA: LIGERA MODERADA SEVERA

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O TIENE ANTECEDENTES DE...

	SI	NO	OBSERVACIONES
ACV			
DEMENCIA			
PARKINSON			
ESCLEROSIS MÚLTIPLE			
ARTROSIS			
OSTEOPOROSIS			
ARTROSIS REUMATOIDE			
FRACTURA CADERA			

	SI	NO	OBSERVACIONES
AMPUTACIÓN MIEMBRO/S INFERIORES			
EPOC			
INSUFICIENCIA CARDIACA			
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
DIABETES MELLITUS			
ENF. TIROIDES			
DISMINUCIÓN O PERDIDA VISIÓN			
DISMINUCIÓN O PERDIDA AUDICIÓN			
DEPRESIÓN			
OTRAS PATOLOGÍAS PSÍQUICAS			
OTRAS			

¿PADECE ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA? _____

¿RECIBE MEDICACIÓN O TRATAMIENTO QUE PRECISE UN ESPECIAL CUIDADO?

En caso afirmativo, especificar:

- Insulina
- Anticoagulantes
- Oxigenoterapia
- Otros _____

PAUTAS O INDICACIONES PARA EL CUIDADO

Firma y sello