



**Código Guía de Servicios 7402**

**MODELO DE INFORME DE SALUD PARA LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Este informe sólo es válido para Usuarios de regímenes públicos - MUFACE- MUJEJU-ISFAS- que han elegido como opción de atención sanitaria una distinta a Seguridad Social - ASISA, ADESLAS

Si usted es usuario de Seguridad Social, el informe de salud deberá solicitarlo a su médico de Atención Primaria en su Centro de Salud, quien emitirá el modelo adecuado incluido en OMI-AP ( software de gestión medica de A primaria)

**Datos personales**

**Código guía de servicios 2115**

Nombre	1r. apellido	2o. apellido
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	DNI/NIF

**Diagnóstico y Tratamiento (1)**

-Indique como máximo tres diagnósticos principales que sean determinantes en la situación de Dependencia

Diagnóstico	CIE10	Tiempo transcurrido desde inicio del proceso			
		< 1 mes	2-6 meses	6-12 meses	> de 12 meses
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tratamiento:</b>					

(1): Indique los diagnósticos de aquellas enfermedades que en su opinión están limitando la autonomía personal del paciente de forma importante, prolongada o permanentemente. . Indique igualmente el tratamiento actual que realiza y que pueda interferir en la autonomía del paciente: (Ansiolíticos, Antidepresivos, Antihistamínicos, Opiáceos, Neurolépticos .....)  
Los diagnósticos deben de estar debidamente codificados en CIE 10.

**-Indique si precisa algún tipo de tratamiento rehabilitador:**

No precisa tratamiento rehabilitador

Sí, precisa para mantener su situación física y/o Mental

Sí, precisa para mejorar su situación física y/ o mental

**Evolución:**

Indique la posible evolución de la enfermedad

Mejoría  Estable  Progresiva  Brotes

**Medidas de soporte actualmente empleadas:**

Oxigenoterapia  Sueroterapia  Nutrición Enteral por SNG  N. parenteral

S. vesical  SNG  Ostomías  Pañales o similares

Otras: \_\_\_\_\_

**Ayudas Técnicas que actualmente tiene prescritas y utiliza: (especificar)**

Prótesis  Órtesis  Sujeción mecánica  Andador

(Indicar)

**Situación Basal:** Encamado  Cama/sillón  Silla de ruedas

**Niños de 6 meses o menos**

Indicar el peso en gramos al nacer. Peso al nacer: \_\_\_\_\_grs.

Informe emitido por Dr/Dra: \_\_\_\_\_ Organismo Público: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha:

Sello o Etiqueta y firma



**INFORME SOBRE LA AUTONOMIA DE LA PERSONA**  
**( a rellenar por facultativo, personal de enfermería o terapeuta habitual)**

	La realiza por si solo sin dificultad	La realiza por si solo con dificultad	Necesita de otra persona
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micción/defecación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros cuidados Corporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de su propia salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desplazarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de conducta	Ausentes o leves <input type="checkbox"/>	Moderados <input type="checkbox"/>	Graves <input type="checkbox"/> Con hetero agresividad <input type="checkbox"/>

**Observaciones:**

Señale otras observaciones de interés en relación con el estado de salud de la persona

Fecha:

Firma: