

INFORME DE SAÚDE DE PERSOAS MAIORES DE TRES ANOS

ANEXO I.A A. SOLICITUDE DE VALORACIÓN DE GRAO E NIVEL DE DEPENDENCIA

Dada a incidencia deste informe na avaliación do expediente de solicitude para a valoración do grao e nivel de dependencia, é importante que cubran todos os datos contidos neste.

Recoñecemento efectuado polo/a doutor/a Colexiado/a

Médico/a de.....

A/O solicitante de valoración do grao e nivel de dependencia:

D./D.^a (nome apelidos) Data de nacemento DNI/Pasaporte

.....

INFORMA

1. Indique os diagnósticos das enfermidades, enfermidade mental, discapacidade intelectual, outras condicións de saúde e/ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, crónico, prolongado ou de longa duración que presenta:

Diagnóstico	Código CIE 10

2. Indique os tratamentos actuais que ten prescritos:

Farmacolóxico	
Psicoterapéutico	
Rehabilitador	
Hixénico-dietético	
Outros	

3. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas:

--

4. Se entre as patoloxías descritas, algunha cursa en brotes, indique :

Patoloxía/s:	Frecuencia no último ano:

5. Indique a situación de dependencia na que se encontra:

Cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, polo menos unha vez ao día, ou se ten necesidades de apoio intermitente para a súa autonomía persoal.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria dúas ou tres veces ao día, pero non require a presenza permanente dun coidador ou coidadora, ou ten necesidades de apoio extenso para a súa autonomía persoal.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria varias veces ao día e, pola súa perda total de autonomía mental ou física, necesita a presenza indispensable e continua doutra persoa ou ten necesidades de apoio xeneralizado para a súa autonomía persoal.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON

6. Indique se pode desprazarse fóra do domicilio: Si Non

En....., o.....de.....20.....

Selo e sinatura

INFORME DE SAÚDE DE MENORES DE TRES ANOS

ANEXO I.B. A. SOLICITUDE DE VALORACIÓN DE GRAO E NIVEL DE DEPENDENCIA

Dada a incidencia deste informe na avaliación do expediente de solicitude para a valoración do grao e nivel de dependencia, é importante que cubran todos os datos contidos neste.

Recoñecemento efectuado polo/a doutor/a Colexiado/a.....

Médico/a de.....

A/O solicitante de valoración do grao e nivel de dependencia:

D./D.^a (nome e apelidos) Data de nacemento DNI/Pasaporte

.....

INFORMA

1. Indique os diagnósticos das enfermidades, enfermidade mental, discapacidade intelectual, outras condicións de saúde e/ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, crónico, prolongado ou de longa duración que presenta:

Diagnóstico	Código CIE 10

2. No caso de nenos entre 0 e 6 meses, indique:

O peso no momento de nacer en gramos:

3. Indique os tratamentos actuais que ten prescritos:

Farmacolóxico	
Psicoterapéutico	
Rehabilitador	
Hixénico-dietético	
Outros	

4. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas:

5. Se entre as patoloxías descritas algunha cursa en brotes, indique :

Patoloxía/s:	Frecuencia no último ano:

En....., o.....de.....20.....

Selo e sinatura