



INFORME DE SAÚDE PARA INGRESO NO CENTRO DE ATENCIÓN ÁS PERSOAS MAIORES DE PONTEAREAS

Recoñecemento efectuado polo/a Doutor/a.....
 Colexiado/a nº.....médico/a de.....Localidade.....
 A/O solicitante de ingreso en centro de atención a persoas maiores:
 D/Dª (Nome e apelidos)Data de nacemento
 DNI nº.....

INFORMA:

Padece enfermidade infecto-contaxiosa en fase activa: Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Presenta limitacións físicas Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo sinalar tipo e grao:			
	Leve	Moderada	Total
Visuais (déficit agudeza e/ou campo visual)			(*) ¹
Auditivas (perda monaural e/ou binaural)			
Cardio-respiratorias(dor, fatiga, disnea, ...)			(*)
Manexo de: EESS <input type="checkbox"/> EEII <input type="checkbox"/>			(*)
Incontinencia: urinaria <input type="checkbox"/> fecal <input type="checkbox"/>			
Outros:			
Presenta deficiencias ou limitacións psíquicas: Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo: Especificar se están compensadas coa medicación: Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Sinalar tipo e grao:		leve	leve-moderada
Desorientación tempo-espacial			
Alteracións da percepción			
Descontrol emocional			
Trastorno de memoria			
Trastornos de conducta			
Outros:			

Datos sanitarios de interese (antecedentes clínicos, alerxias medicamentosas e/ou alimenticias...)
.....
Diagnóstico psico-físico e tratamento
.....

Mobilidade
Deambulación sen dificultade: Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Deambulación con axuda: Muletas <input type="checkbox"/> Muleta ou Bastón <input type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Ortose <input type="checkbox"/>

Necesidade de precaucións especiais
- Sonda/s: Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cal/es:
- Osíxeno: Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Outras:

Indique situación de autonomía:	
A persoa non precisa apoio e/ou supervisión para realizar as actividades básicas da vida diaria (alimentación, vestido, aseo, baño, utilización w.c. deitarse – erguerse, toma da medicación...)	<input type="checkbox"/>
A persoa ten algunha necesidade de axuda ocasional para realizar as actividades básicas da vida diaria menos dunha vez ao día. Especificar en cal.....	<input type="checkbox"/>

Observacións:.....

.....de.....20.....

Selo e sinatura:

¹(*) Na parte visual, cardio-respiratoria, EE.SS e EE:II, non procede cubrir o apartado de total.