



INFORME DE SAÚDE PARA INGRESO EN PRAZAS DE CENTROS DE ATENCIÓN A PERSOAS MAIORES CON AUTONOMÍA INTEGRADAS NA REDE PÚBLICA DA XUNTA DE GALICIA

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 Non
Presenta limitacións físicas Si Non
En caso afirmativo sinalar tipo e grao: Leve Moderada Total
Visuais (déficit agudeza e/ou campo visual) (*)
Auditivas (perda monaural e/ou binaural)
Cardio-respiratorias(dor, fatiga, disnea, ...) (*)
Manexo de: EESS EEII
Incontinencia: urinaria fecal
Outros:
Presenta deficiencias ou limitacións psíquicas: Si Non
En caso afirmativo: Especificar se están compensadas coa medicación: Si Non
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 Non
Deambulación con axuda: Muletas Muleta ou Bastón Prótese Ortose

Necesidade de precaucións especiais
- Sonda/s: Si Non Cal/es:
- Osíxeno: Si Non
- Outras:

Indique situación de autonomía:
A persoa non precisa axuda para realizar as actividades básicas da vida diaria (alimentación, vestido, aseo, baño, utilización w.c. deitarse – erguerse, toma da medicación...)
A persoa ten algunha necesidade de axuda ocasional para realizar as actividades básicas da vida diaria menos dunha vez ao día

Observacións:

En.....a.....de.....200.....

Selo e sinatura:

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