



ANEXO III. INFORME DE SAÚDE. PROGRAMA DE TELEASISTENCIA

Recoñecemento efectuado polo/a médico/a.....

Colexiado/a..... Centro de traballo

DATOS DO SOLICITANTE DE TELEASISTENCIA:

D/Dª (Nome e Apelidos)

Data de Nacemento..... DNI/Pasaporte.....

INFORMA:

	NON HAI PROBLEMA	PROBLEMA LIXEIRO	PROBLEMA MODERADO	PROBLEMA GRAVE	PROBLEMA COMPLETO
DISCAPACIDADE MOTORA. MOBILIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISCAPACIDADE DESTREZA MANUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISCAPACIDADE VISUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISCAPACIDADE AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASTORNO COGNITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASTORNO PSICOPATOLÓXICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERSOAS MAIORES: LIMITACIÓNS MOTORAS OU SENSORIAIS POUCO DEFINIDAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIÓNS: (sinale a intensidade)

<input type="checkbox"/>	DESORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL	<input type="checkbox"/> LEVE	<input type="checkbox"/> MODERADA	<input type="checkbox"/> GRAVE	
<input type="checkbox"/>	CAÍDAS POR TRASTORNOS DO EQUILIBRIO, PERDA DE COÑECEMENTO, VÉRTIXE:	<input type="checkbox"/> OCASIONAL	<input type="checkbox"/> FRECUENTE	<input type="checkbox"/> MOI FRECUENTE	
<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDADE INTELECTUAL	<input type="checkbox"/> LEVE	<input type="checkbox"/> MODERADA	<input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> PROFUNDA
<input type="checkbox"/>	OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE:				
<input type="checkbox"/>	TRATAMENTO ACTUAL E/OU ALERXIAS COÑECIDAS:				

SELO E SINATURA

DATA: