



INFORME MÉDICO

PARA LA SOLICITUD DE INGRESO EN LA UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA (A cumplimentar por el/la médico/a de Atención Primaria o Especializada que atiende a el/la solicitante. Se presentará en sobre cerrado unido a la solicitud con el mismo número de registro o identificación)

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

1.º APELLIDO: 2.º APELLIDO: NOMBRE:
 DNI/NIF:

2 VALORACIÓN MÉDICA

2.1. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

	Autónomo	Con ayuda	Dependiente	
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vestirse/desvestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso del WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ningún problema	Algún accidente	Incontinente	
Control anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Control vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autónomo	Con ayuda	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Encamado	
	Autónomo	Con ayuda	No puede	
Subir /bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autónomo	Con ayuda	Dependiente	
Transferencia silla-cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.2. FUNCIONES SUPERIORES; ADAPTACIÓN PERSONAL Y SOCIAL

2.2.1 Orientación

Orientado Ocasionalmente desorientado Totalmente desorientado

2.2.2 Comunicación y lenguaje (no relacionado con alteraciones de la audición)

Comunicación espontánea Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje Afasia total

2.2.3 Comportamiento psíquico

No presenta problemas de comportamiento Trastornos del comportamiento sin riesgo (leves-moderados)
 Trastornos del comportamiento con riesgo (para sí mismo o los demás) Diagnóstico de DEMENCIA

2.3. OTRAS MINUSVALÍAS NO RELACIONADAS CON LAS ANTERIORES (Sensoriales, físicas, etc.)

.....

2.4. CUIDADOS ESPECIALES QUE PRECISA

.....

2.5. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (Especificar tipo de demencia)

.....

2.6. OBSERVACIONES

.....

En, a de de

EL/LA PROFESIONAL

Fdo.: (Nombre y apellidos)

N.º de colegiado/a (en su caso):