



Informe Médico Discapacidad

Unidad de Atención a la Dependencia

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONALES O REFERENCIALES DE LA PERSONA

NOMBRE _____ APELLIDOS _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ DNI / NIE _____

HISTORIA CLÍNICA

1. ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES:

2. ANAMNESIS:

HÁBITOS TÓXICOS: SI NO ALCOHOL TABACO CAFÉ OTRO/S: _____

ALERGIAS: SI NO MEDICAMENTOS _____

ALIMENTICIAS _____

OTRAS: _____

HTA: SI NO LIGERA MODERADA SEVERA

DIABETES: SI NO INSULINO DEPENDIENTE: SI NO

3. EXPLORACIÓN:

SIGNOS VITALES DE LA EXPLORACIÓN: T/A: | | FC: | | RESP: | |

VISIÓN NORMAL DEFICIENTE NULA

AUDICIÓN NORMAL HIPOACUSIA LEVE MODERADA SEVERA

PÉRDIDA TOTAL PRÓTESIS AUDITIVA

BOCA DENTADURA NORMAL DENTADURA CON CARIES Y/O FALTA DE PIEZAS DENTALES PRÓTESIS DENTAL

TÓRAX NORMOCONSTITUIDO SITUACIÓN RESPIRATORIA ACTUAL

INCONTINENCIA URINARIA SI NO LEVE IMPORTANTE TOTAL

FECAL SI NO LEVE IMPORTANTE TOTAL

FUNCIONALIDAD EXTREMIDADES SUPERIORES NORMOCONSTITUIDAS SI NO MOVILIDAD TOTAL LIMITADA NINGUNA

INFERIORES NORMOCONSTITUIDAS SI NO MOVILIDAD TOTAL LIMITADA NINGUNA

4. VALORACIÓN ACTUAL ESTADO NEUROLÓGICO:

NIVEL DE LENGUAJE / COMUNICACIÓN. ALTO MEDIO ESCASO NULO

ORIENTACIÓN TEMPORO / ESPACIAL SI NO

PATRÓN ÓPTIMO DEL SUEÑO / DESCANSO. SI NO

RECIBE ATENCIÓN NEUROLÓGICA SI NO En caso afirmativo adjuntar informe neurológico.

5. VALORACIÓN ACTUAL SITUACIÓN PSÍQUICA:

TRASTORNOS DE CONDUCTA SI NO En caso afirmativo especificar:

ES USUARIO/A DE LA RED DE SALUD MENTAL SI NO En caso afirmativo adjuntar informe de salud mental.

6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ANÁLISIS: HEMATOLÓGICOS, BIOQUÍMICA y ORINA. (Adjuntar copia de resultados recientes, si se disponen)

7. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO:

PADECE ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA ACTIVA SI NO

(Adjuntar Marcadores de Hepatitis A, B y C, del VIH y Mantoux con baciloscopia inferior a tres meses de antigüedad)

8. ENFERMEDADES DE REPETICIÓN:

9. DIAGNÓSTICO/S MÉDICO/S:

10. TRATAMIENTO ACTUAL: (Indicar tratamiento farmacológico con dosis y pautas).

11. OBSERVACIONES: (Indicar cualquier otro aspecto que considere importante).

12. DIAGNÓSTICO/S DE ENFERMERÍA: (Código NANDA, si disponible)

13. OTRAS CONSIDERACIONES:

Situación sanitaria del cuidador/a principal: Presenta problemas de Salud SI NO

Especificar

ESPECIFICAR CENTRO DE SALUD:

FIRMA Y SELLO

Facultativo/a

FECHA

FIRMA Y SELLO

Enfermero/a