XUNTA DE GALICIA
VICEPRESIDENCIA
DE LA IGUALDAD Y DEL BIENESTAR
Secretaría General del Bienestar
Dirección General de Acción Social

ANEXO II.A

A rellenar por el/a médico/a del Servicio Gallego de Salud o por un/a médico/a de otras administraciones públicas que traten habitualmente al solicitante.

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
VALORACIÓN DEL GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA	***VP210A***	***INFORME***

INFORME DE SALUD DE PERSONAS MAYORES DE TRES AÑOS

Dada la incidencia de este informe en la evaluación del expediente de solicitud para la valoración del grado y nivel de dependencia, es importante que cubran todos los datos contenidos en este informe.

Reconocimiento efectuado por el/la doctor/a _____ Colegiado/a _____

Médico/a de _____

La/El solicitante de valoración del grado y nivel de dependencia:

D./Dª. (nombre y apellidos) _____ Fecha de nacimiento _____

DNI/pasaporte _____

INFORMA

1. Indique el diagnóstico de las enfermedades, enfermedad mental, discapacidad intelectual, otras condiciones de salud y/o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, crónico, prolongado o de larga duración que presenta:

Diagnóstico	Código CIE 10 / Otros

2. Indique los tratamientos actuales que tienen prescritos:

Farmacológico	
Psicoterapeútico	
Rehabilitador	
Higiénico-dietético	
Otros	

3. Indique las medidas de soporte funcional y ayudas técnicas que tiene prescritas:

4. Si entre las patologías descritas, alguna cursa en brotes, indique :

Patología/s: _____ Frecuencia en el último año: _____

5. Indique la situación de dependencia en la que se encuentra:

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, por lo menos una vez al día, o si tienen necesidades de apoyo intermitente para su autonomía personal.	☐ SÍ ☐ NO
Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador o cuidadora, o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.	☐ SÍ ☐ NO
Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por la pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.	☐ SÍ ☐ NO

6. Indique si puede desplazarse fuera del domicilio: Sí ☐ No ☐

SELLO

FIRMA DEL MÉDICO

Lugar y fecha

, de de 200

(A rellenar por la Administración)

RECIBIDO

REVISADO Y CONFORME

NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA DE ENTRADA ____/____/_____

FECHA DE EFECTOS ____/____/_____

FECHA DE SALIDA ____/____/_____

Delegado/a provincial de la Igualdad y del Bienestar de _____