

ANEXO 3.2

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD
PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA
(DE 0 A 3 AÑOS)

1- Datos del solicitante:

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
D.N.I.:	FECHA DE NACIMIENTO:

2- Antecedentes personales solo rellenar si la persona es menor de 6 mesesPeso al nacer (en gramos): **3- Problemas de salud en activo, de carácter permanente o crónico, que inciden sobre la situación de dependencia del solicitante** (ordenar por importancia en relación a la incidencia sobre dicha situación):

ORDEN	DIAGNOSTICOS PRINCIPALES	CIE-9 / CIE-10	FECHA
1º			
2º			
3º			

4- Tratamientos que tiene prescritos actualmente (señalar los que tienen relevancia):

FARMACOLOGICOS	
PSICOTERAPEUTICOS	
REHABILITADORES	
CUIDADOS ENFERMERIA	
OTROS	

5- Cuidados y medidas de soporte para funciones vitales (marcar lo que proceda con una X).**1- ALIMENTACION**

- | | |
|---|---|
| ☐ Sonda nasogástrica exclusiva | ☐ Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral |
| ☐ Parenteral exclusiva | ☐ Parenteral complementaria de la vía oral |
| ☐ PEG exclusiva | ☐ PEG complementaria de la vía oral |
| ☐ Estoma permanente | |

2- RESPIRACION

- | | |
|---|--|
| ☐ Respirador mecánico | ☐ Aspiración continuada |
| ☐ Oxigenación de mas de 16 horas | ☐ Monitor de apneas |

3- FUNCION RENAL Y/O URINARIA

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| ☐ Diálisis | ☐ Sondaje vesical permanente | ☐ Estoma permanente |
|-----------------------------------|---|--|

4- FUNCION ANTIALGICA

- | | |
|--|--|
| ☐ Bomba de perfusión continua | ☐ Catéter epidural permanente |
|--|--|

5- FUNCION INMUNOLÓGICA

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Aislamiento | ☐ Semiaislamiento/mascarilla permanente |
|--------------------------------------|--|

6- MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD (PARA NIÑOS DE 6 A 35 MESES)

- | | |
|---|---|
| ☐ Fijación vertebral externa | ☐ Fijación pelvipédica |
| ☐ Fijación a la cintura pélvica | ☐ Tracción esquelética continúa |
| ☐ Prótesis /órtesis de MMII/MMSS | ☐ Vendaje compresivo (> 50% superficie corporal) |
| ☐ Casco protector | ☐ Protección lumínica permanente |
| ☐ Procesador de implante coclear | |

7- OTROS CUIDADOS

- | | |
|---|--|
| ☐ Adaptaciones por déficit sensorial | ☐ Adaptaciones de movilidad |
|---|--|

6- Otras observaciones de interés relacionadas con el estado de salud de el/la solicitante y su situación de dependencia.**7- Identificación del profesional que emite el informe:**

Dr. / Dra: _____

Nº de Colegiado: _____

Sello y firma:

En Madrid, a de de 201