



PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS210A	DOCUMENTO INFORME DE SALUD
--	---	--------------------------------------

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD

(Para el reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre).

1. Solicitante (puede sustituirse por etiqueta autoadhesiva)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	MOTIVO DEL INFORME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia <input type="checkbox"/> Revisión del reconocimiento	

2. En el caso de niños entre 0 y 6 meses, indique (caso afirmativo, obligado cumplimiento)

PESO EN EL MOMENTO DE NACER EN GRAMOS:

Menos de 1.100 g
 Entre 1.100 y 1.500 g
 >1.500 y <2.200 g
 Más de 2.200 g

3. Indique los diagnósticos* de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, prolongado, crónico o de larga duración:

	Diagnósticos (obligado cumplimiento)	Fecha diagnóstico (obligado cumplimiento)	Codificación		Fase evolutiva	
			Clasificación	Código	Aguda	Crónica
Demencias y enfermedades neurodegenerativas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitaciones sensoriales y afectación de la capacidad perceptivo cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patología traumática	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos graves del comportamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso mental/enfermedad mental/deterioro cognitivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras patologías (sistema nervioso, osteomusculares, aparato respiratorio, cardiovascular, genéticas, infecciosas, neoplásicas, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Podrán presentar informes médicos que complementen al modelo normalizado.

4. Indique los tratamientos actuales, medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, ortosis y prótesis prescritos* (obligado cumplimiento)

Farmacológicos	<input type="text"/>	Higiénico/dietético	<input type="text"/>
Psicoterapéutico	<input type="text"/>	Indicaciones médicas de soporte terapéutico, funcional y/o productos de apoyo	<input type="text"/>
Rehabilitador	<input type="checkbox"/> Recibe <input type="checkbox"/> Agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras <input type="checkbox"/> No recibe <input type="checkbox"/> No agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras.		
Otros	<input type="text"/>		

5. Indique las medidas de soporte funcional, soporte terapéutico y ayudas técnicas que tiene prescritas (obligado cumplimiento)

<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sueroterapia <input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG <input type="checkbox"/> Nutrición parenteral <input type="checkbox"/> S. vesical <input type="checkbox"/> Ostomías <input type="checkbox"/> Absorbentes <input type="checkbox"/> Prótesis/ortosis <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Sujeción mecánica	<input type="text"/>
--	----------------------

6. Indique si existe necesidad de apoyo para las actividades de autocuidado: (obligado cumplimiento)

Leve
 Moderada
 Grave

7. Indique si entre las patologías descritas, alguna de ellas cursa en brotes (caso afirmativo, obligado cumplimiento)

PATOLOGÍA	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO BROTE
<input type="text"/>	<input type="text"/> brotes	<input type="text"/>

8. Indique si la persona se puede trasladar fuera del domicilio

NO SÍ

9. Identificación del profesional que emite el informe (obligado cumplimiento)

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DEL INFORME
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORGANISMO/CENTRO DE SALUD	Nº COLEGIADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma	Sello