



(Anexo a la solicitud de plaza en residencias de Mayores / Centros de Día de la Comunidad de Madrid) Dada la incidencia del presente informe en la valoración del expediente de solicitud de plaza en Centros Residencias/Centros de Día para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid, se ruega la cumplimentación de todos os datos contenidos en el informa, rellenando el apartado correspondiente con el texto que proceda, o rodeando con un círculo en el supuesto de que se dé alguna de las situaciones indicadas.

Reconocimiento médico efectuado por el Doctor/a D/D.ª

Table with 4 columns: médico de INSALUD, Comunidad de Madrid, Otros, Colegiado nº. Includes fields for Dirección C. Salud (Área), Teléf., al solicitante D/D.ª, Edad, Sexo, V, M, and Fecha reconocimiento. Includes checkboxes for A) Padece enfermedad infecto-contagiosa activa, B) Se encuentra inmovilizado en cama, necesitando cuidados médicos de forma permanente, and C) Presenta trastornos psíquicos graves que pueden producir alteraciones en la convivencia.

1. SITUACIÓN FÍSICA

1.1. Limitaciones en el campo visual y/o auditivo: (indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Importantes, 3) Totales)... (V=vista, O=oído)
1.2. Incontinencia: (indicar si son: 0) NO, 1) Ocasional, 2) Frecuente, 3) Total)... (U=urinaria, F=fecal) Especificar uso de pañales dispositivo sonda colostomía
1.3. Dificultad en el manejo de las extremidades superiores: (indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Importantes, 3) Total)
1.4. Dificultad en el manejo de las extremidades inferiores: (indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Importantes, 3) Total) Especificar uso de bastón andador silla de ruedas
1.5. Dificultad respiratoria: (indicar si son: 0) NO, 1) Leve, 2) De moderada a severa)

2. SITUACIÓN PSÍQUICA

2.1. Desorientación témporo-espacial: (indicar si son: 0) NO, 1) Leves o de forma esporádica, 2) Importantes o
2.2. Alteraciones de percepción: (indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Moderadas, 3) Importantes)
2.3. Incoherencia en la comunicación: (indicar si son: 0) NO, 1) Ligeras, 2) Frecuentes, 3) Totales)
2.4. Descontrol emocional: (indicar si son: 0) NO, 1) Ligero, 2) Importante, 3) Total)
2.5. Trastornos de la emoria: (indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Moderados, 3) Graves)
2.6. Trastornos de la conducta: (indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Moderados, 3) Graves)

3. SITUACIÓN CLÍNICA

(Se refleja la causa médica que ha producido la incapacidad física o psíquica señaladas, indicando antecedentes personales y quirúrgicos)

RESPIRATORIO

CARDIOVASCULAR

DIGESTIVO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

GENITOURINARIO

ORG. SENTIDOS

NEUROLOGICO

PSIQUIATRICO

OBSERVACIONES (Especificar patología actual, incluyendo diagnóstico, tratamiento y dietas especiales)

....., a de de
Firma: