



INFORME MÉDICO

SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Informe emitido por el Dr. D.
Colegiado número....., especialidad:
Nombre del paciente:

1.- ATENCIÓN MÉDICO – SANITARIA

Marque lo que proceda:

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Precisa tratamientos o cuidados sanitarios permanentes (hospitalización, tratamientos continuados en régimen de ambulatorio, etc.) | ☐ | ☐ |
| - Está sometido/a a control médico de forma periódica y constante. | ☐ | ☐ |
| - No está recibiendo tratamiento especial continuado (a Excepción de medicamentos autoadministrados). | ☐ | ☐ |

2.- LIMITACIÓN FÍSICA GENERAL

Atendiendo a la patología que presenta el paciente rogamos Señale lo correspondiente a su caso:

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Presenta incapacidad absoluta para valerse por si mismo/a. | ☐ | ☐ |
| - Presenta graves dificultades en su desenvolvimiento y Autonomía personal (limpiar, cocinar, lavarse, hacer Compras, etc.), aunque eventualmente lo haga. | ☐ | ☐ |



- Presenta algunas dificultades y molestias en su desenvolvimiento y autonomía personal, pero puede realizarlo solo/a.
- No se alude a ningún tipo de discapacidad o dificultad personal Atendiendo a su problema médico.

☐☐☐☐

3. SITUACIÓN FÍSICA PARTICULAR

Marque con una cruz lo que proceda. En el caso de que sea afirmativo añadir otra cruz según la valoración del problema (leve "L" – moderado "M" – grave "G").

3.1.- ALTERACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO

Tipo:

SI			NO
L	M	G	

3.2.- ALTERACIÓN CARDIOCIRCULATORIA

Tipo:

SI			NO
L	M	G	

3.3.- ALTERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO

Tipo:

SI			NO
L	M	G	



3.4.- ALTERACIÓN GENITO - URINARIA

Tipo:

SI			NO
L	M	G	

3.5.- ALTERACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR

Tipo:

SI			NO
L	M	G	

3.6.- ALTERACION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Tipo:

SI			NO
L	M	G	

3.7.- ENFERMEDAD METABÓLICA

Tipo:

SI			NO
L	M	G	



3.8.- TRASTORNOS TRÓFICOS, PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS

Tipo:

SI			NO
L	M	G	

3.9.- ENFERMEDAD NEOPLÁSICAS

Tipo:

SI			NO
L	M	G	

3.10.- ALTERACIONES DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Tipo:

SI			NO
L	M	G	

3.11.- CUALQUIER OTRO TIPO DE ALTERACIÓN Y SU VALORACIÓN (en leve “L”, grave “G” o moderado “M”).

.....
.....

4.- SITUACIÓN PSÍQUICA

Rellenar o marcar en el caso que se tengan datos u observaciones al respecto:

4.1.- CONTACTO CON LA REALIDAD ALTERADO (Pérdida de identidad, desorientación temporo-espacial, proceso demencial o psicótico, etc.).

SI			NO
L	M	G	



4.2.- ALTERACIONES DE LA ATENCION Y MEMORIA

☐ SI			☐ NO
☐ L	☐ M	☐ G	

4.3.- ALTERACIONES DEL ESTADO DE ANIMO (Depresión, distimimias, manía, etc.)

☐ SI			☐ NO
☐ L	☐ M	☐ G	

4.4.- DEFICIENCIA MENTAL

☐ SI			☐ NO
☐ L	☐ M	☐ G	

4.5.-TRASTORNOS CARACTERIALES

4.5.1.- Comportamiento agresivo

☐ SI	☐ NO
-----------------------------	-----------------------------

4.5.2.- Alcoholismo o adiccion a drogas

☐ SI	☐ NO
-----------------------------	-----------------------------

4.5.3.- Otros tipos de trastornos de conducta:

.....

5. INDICAR SI EL PACIENTE PADECE ALGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA

☐ SI☐ NO



CIUDAD AUTÓNOMA
DE
MELILLA

Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

5.1 EN CASO AFIRMATIVO SEÑALAR QUE MEDIDAS PREVENTIVAS SE DEBEN DE TOMAR A LA HORA DE PRESTAR EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

.....
.....
.....

DIAGNOSTICO CLINICO.:

.....

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERES Y OBSERVACIONES:.....

.....

.....

En Melilla, a..... dede

Fdo.: Doctor

Colegiado nº