



Ayuntamiento de Los Alcázares
Concejalía de Política Social, Igualdad y del Mayor

INFORME MÉDICO

EFFECTUADO POR:

El / la Doctor/a D./Dña. _____
Colegiado/a en _____ con el nº _____
que presta sus servicios en _____
teléfono _____ para adjuntar a la :

SOLICITUD DEL
SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

De D./ Dña. _____ nacido/a el ____ de _____ de _____

HISTORIA ACTUAL

CIRCULATORIO

- Corazón: Insuficiencia _____ Arritmias _____ Isquemia (Angor _____ Infarto _____)
Valvulopatía _____
Otras _____
HTA _____

- Vasos: Arteriopatías: _____
Venopatías: _____
¿Intervenciones? _____

RESPIRATORIO

Laringe _____ Catarros Frecuentes _____ EPOC _____ T.P. (Curada _____ Activa _____)
Otros procesos: _____
¿Intervenciones? (Amígdalas _____ Traqueotomía _____ Punción _____ Otras _____)

ENDOCRINO

Diabetes _____ Tiroides _____
Otras _____
¿Intervenciones? _____

DIGESTIVO

Boca _____
Hernia de hiato _____ Úlcus _____ Estreñimiento _____ Diarreas _____ Incontinencia _____
Hepatopatías _____ Colecistopatías _____ Hernia _____
¿Intervenciones? _____

GENITO-URINARIO

Incontinencia _____ Vejiga _____ Litiasis _____ Infecciones _____
MUJER: Matriz _____ Vagina _____ Flujo _____ Genitales externos _____
HOMBRE: Prostata _____ Genitales externos _____
¿Intervenciones? _____

OJOS

Visión _____ Gafas _____ Cataratas _____ Infecciones _____
¿Intervenciones? _____

OIDOS

Hipoacusia _____ (Audífono _____) Otras _____
¿Intervenciones? _____

LOCOMOTOR

Procesos reumáticos (Artritis _____ Artrosis _____ Gota _____ Otros _____)
Articulaciones mas afectadas _____
Fracturas _____ Ayudas Ortopédicas _____

PIEL

Úlceras _____ Alteraciones sospechosas de malignidad _____
Verrugas _____ Queratosis _____ Otras _____
¿Intervenciones? _____

SISTEMA NERVIOSO

Parálisis (zona afectada) _____ Habla _____ Mareos _____
Neuralgias _____ Otras _____

ES INSPRESCINDIBLE CUMPLIMENTAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO PARA SU VALORACION

AUTONOMIA PERSONAL

VALORACION FISICA

MOVILIDAD

- ☐ Camina con normalidad
- ☐ Camina con dificultad
- ☐ Camina con ayuda
- ☐ En silla de Ruedas o Encamada

VESTIDO

- ☐ Se viste sin ayuda y correctamente
- ☐ Se viste solo pero incorrectamente
- ☐ Precisa ayuda para vestirse
- ☐ Precisa siempre ayuda, incapaz

ALIMENTACION

- ☐ Se alimenta correctamente y sin ayuda
- ☐ Se alimenta con la mínima ayuda
- ☐ Precisa ayuda con frecuencia.
- ☐ Precisa ayuda siempre, incapaz

ASEO

- ☐ Se asea con normalidad
- ☐ Se asea solo pero mal
- ☐ Precisa ayuda para el aseo
- ☐ Incapaz de asearse

CONTINENCIA DE ESFEINTERES

- ☐ Continencia completa
- ☐ Incontinencia ocasional
- ☐ Incontinencia con frecuencia
- ☐ Incontinencia completa

DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES

- ☐ No
- ☐ Leve
- ☐ Importante
- ☐ Total

CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE LE PERMITAN DESENVOLVERSE EN SU MEDIO

- ☐ Las realiza sin ayuda
- ☐ Las realiza con ayuda
- ☐ Las realiza con supervisión estrecha de realizarlas

AUDICIÓN

- ☐ Normal
- ☐ Hipoacusia leve
- ☐ Hipoacusia moderada
- ☐ Sordera total no adquirida en la vejez

VALORACION PSÍQUICA

MEMORIA

- ☐ Normal
- ☐ Alteraciones leves
- ☐ Alteraciones moderadas
- ☐ Alteraciones graves

ORIENTACION TEMPORO-ESPACIAL

- ☐ Normal
- ☐ Alteraciones leves
- ☐ Alteraciones moderadas
- ☐ Alteraciones graves

COMUNICACION (Capacidad de comprensión y/o expresión)

- ☐ Normal
- ☐ Alteraciones leves
- ☐ Alteraciones moderadas
- ☐ Alteraciones graves

PERCEPCION Y PENSAMIENTO (Delirios, ideas paranoides, alucinaciones)

- ☐ Normal
- ☐ Alteraciones leves
- ☐ Alteraciones moderadas
- ☐ Alteraciones graves

AFFECTIVIDAD (Animo depresivo, descontrol emocional)

- ☐ Normal
- ☐ Alteraciones leves
- ☐ Alteraciones moderadas
- ☐ Alteraciones graves

TRASTORNO DE CONDUCTA (Inquietud permanente, desinhibición sexual, agresividad, irritabilidad)

- ☐ Normal
- ☐ Alteraciones leves
- ☐ Alteraciones moderadas
- ☐ Alteraciones graves

VISIÓN

- ☐ Normal o corregida con lentes
- ☐ Ceguera total no adquirida en la vejez
- ☐ Ceguera total adquirida en la vejez Incapaz

DISNEA

- ☐ No presenta
- ☐ Disnea de esfuerzo
- ☐ Disnea de reposo

☐ Sordera total adquirida en la vejez

¿PRESENTA ENFERMEDAD O ALTERACIÓN PERMANENTE QUE LE IMPIDA TOMAR DECISIONES POR SI MISMO?

☐ Si
☐ No

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS. Si hay trastorno mentes, especificar diagnostico (demencia, depresión psicosis, Alcoholismo, neurosis, etc...)

SANGRE

Anemia _____ Coagulopatías _____ Otros _____

OTROS PROCESOS

Los que por su importancia deban mencionarse para su cuidado o atención

HÁBITOS

Fumador _____ Bebedor _____ Otros _____

ALERGIAS O INTOLERANCIAS

Detallar a que _____

PADECE ENFERMEDAD CONTAGIOSA: SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo especifiquese : _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Procesos anteriores y tratamientos seguidos, secuelas

TRATAMIENTOS

ACTUAL. Fármaco y dosis _____

ANTERIOR. (Solo las más recientes y/o más importantes)

OBSERVACIONES

Los Alcázares a _____ de _____ de 20____

Firma