



Comunidad de Madrid

INFORME MÉDICO

Reconocimiento médico efectuado por el Doctor/a D./D0

médico de INSALUD 9 Comunidad de Madrid 9 Otros (especificar) 9 colegiado n1

Dirección C. Salud (Area) Tfno.:

al solicitante D./D0 Edad Sexo V M

Fecha del reconocimiento Día Mes Año

A) Padece Enfermedad Infecto-Contagiosa Activa	SI	NO
B) Se encuentra inmovilizado en cama, necesitando cuidados médicos de forma permanente	SI	NO
C) Presenta trastornos psíquicos graves que pueden producir alteraciones en la convivencia	SI	NO

1. SITUACIÓN FÍSICA

1.1. LIMITACIONES EN EL CAMPO VISUAL Y/O AUDITIVO: V 0 1 2 3

(indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Importantes, 3) Totales) (V= Vista, O= Oído)

O 0 1 2 3

1.2. INCONTINENCIA: U 0 1 2 3

(indicar si es: 0) NO, 1) Ocasional, 2) Frecuente, 3) Total) (U= Urinaria, F= Fecal)

Especificar uso de pañales 9 dispositivo 9 sonda 9 colostomía 9

F 0 1 2 3

1.3. DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES: 0 1 2 3

(indicar si es: 0) NO, 1) leve, 2) Importante, 3) Total)

1.4. DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES: 0 1 2 3

(indicar si es: 0) NO, 1) Ocasional, 2) Frecuente, 3) Total)

Especificar uso de bastón 9 andador 9 silla de ruedas 9

1.5. DIFICULTAD RESPIRATORIA: 0 1 2

(indicar si es: 0) NO, 1) leve, 2) de moderada a severa

2. SITUACIÓN PSÍQUICA

2.1. DESORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL: 0 1 2 3

(indicar si tiene trastornos: 0) NO, 1) leves o esporádicos, 2) Importantes o habituales, 3) Desorientación Total)

2.2. ALTERACIONES DE PERCEPCIÓN: 0 1 2 3

(indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Moderadas, 3) Importantes)

2.3. INCOHERENCIA EN LA COMUNICACIÓN: 0 1 2 3

(indicar si son: 0) NO, 1) ligeras, 2) Frecuentes, 3) Totales)

2.4. DESCONTROL EMOCIONAL: 0 1 2 3

(indicar si es: 0) NO, 1) ligero, 2) Importante, 3) Total)

2.5. TRASTORNOS DE LA MEMORIA: 0 1 2 3

(indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Moderados, 3) Graves)

2.6. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA: 0 1 2 3

(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

ENDOCRINOLÓGICO

MUSCULOESQUELÉTICO

GENITOURINARIO

ORG. SENTIDOS

NEUROLÓGICO

PSIQUIÁTRICO

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

AVISO IMPORTANTE

Dada la incidencia del presente informe en la valoración del expediente de solicitud de Estancia Temporal en Residencia para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid, se ruega la cumplimentación de todos los datos contenidos en el informe, rellenando el apartado correspondiente con el texto que proceda, o marcando con una X en el supuesto que se dé alguna de las situaciones indicadas.

En Madrid, a.....de..... de.....

FIRMA



Comunidad de Madrid

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero SOIC, cuya finalidad es facilitar información sobre los datos necesarios para poder adjudicar una plaza en residencia a las personas mayores que lo solicitan de la Dirección General del Mayor, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org/apdcm) y podrán ser cedidos a centros propios y concertados en los que ingresan los solicitantes de residencia además de otras cesiones previstas en la Ley.

El órgano responsable del fichero es la Dirección General del Mayor de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es c/ Agustín de Foxá, 31 – 3ª planta, 28036 Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.