

**INFORME DE SAÚDE PARA INGRESO NO CENTRO DE ATENCIÓN ÁS PERSOAS MAIORES DE PONTEAREAS**

Recoñecemento efectuado polo/a Doutor/a.....  
 Colexiado/a nº.....médico/a de.....Localidade.....  
 A/O solicitante de ingreso en centro de atención a persoas maiores:  
 D/Dª (Nome e apelidos) .....Data de nacemento .....  
 DNI nº.....

**INFORMA:**

<b>Padece enfermidade infecto-contaxiosa en fase activa:</b> Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
<b>Presenta limitacións físicas</b> Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo sinalar tipo e grao:			
	Leve	Moderada	Total
Visuais (déficit agudeza e/ou campo visual)			(*) <sup>1</sup>
Auditivas (perda monaural e/ou binaural)			
Cardio-respiratorias(dor, fatiga, disnea, ...)			(*)
Manexo de: EESS <input type="checkbox"/> EEII <input type="checkbox"/>			(*)
Incontinencia: urinaria <input type="checkbox"/> fecal <input type="checkbox"/>			
Outros: .....			
<b>Presenta deficiencias ou limitacións psíquicas:</b> Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo: Especificar se están compensadas coa medicación: Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Sinalar tipo e grao:		leve	leve-moderada
Desorientación tempo-espacial			
Alteracións da percepción			
Descontrol emocional			
Trastorno de memoria			
Trastornos de conducta			
Outros: .....			

**Datos sanitarios de interese** (antecedentes clínicos, alerxias medicamentosas e/ou alimenticias...) .....

.....

**Diagnóstico psico-físico e tratamento** .....

.....

**Mobilidade**

Deambulación sen dificultade: Si  Non

Deambulación con axuda: Muletas  Muleta ou Bastón  Prótese  Ortose

**Necesidade de precaucións especiais**

- **Sonda/s:** Si  Non  **Cal/es:** .....

- **Osíxeno:** Si  Non

- **Outras:** .....

**Indique situación de autonomía:**

A persoa non precisa apoio e/ou supervisión para realizar as actividades básicas da vida diaria (alimentación, vestido, aseo, baño, utilización w.c. deitarse – erguerse, toma da medicación...)	<input type="checkbox"/>
A persoa ten algunha necesidade de axuda ocasional para realizar as actividades básicas da vida diaria menos dunha vez ao día. Especificar en cal.....	<input type="checkbox"/>

Observacións:.....

.....

.....

.....de.....20.....

Selo e sinatura:

<sup>1</sup>(\*) Na parte visual, cardio-respiratoria, EE.SS e EE:II, non procede cubrir o apartado de total.