



**SERVICIO MUNICIPAL  
DE AYUDA DOMICILIARIA**

**INFORME MEDICO**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Colegiado/a número \_\_\_\_\_, al objeto de que surta sus efectos en la tramitación a favor de D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ del **Servicio de Ayuda Domiciliaria**, emite el siguiente informe médico en relación con dicho/a paciente:

**DIAGNOSTICO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**En relación a su estado, precisa de las siguientes atenciones:**

(Señalar con un aspa)

**1. En cuanto a su MOVILIDAD:**

PERMANECE CONFINADO EN SILLA DE RUEDAS O ENCAMADO	
CAMINA CON AYUDA DE MULETAS O ANDADOR	
CAMINA CON DIFICULTAD O CON AYUDA DE BASTON	
CAMINA CON NORMALIDAD	

**2. En cuanto a su CAPACIDAD DE AUTOPROTECCION**

PRECISA AYUDA EN ALIMENTACION, VESTIDO, ASEO Y MOVILIDAD. SU SITUACION HABITUAL ES LA DE ENCAMADO/A.	
PRECISA AYUDA PARA ASEO, VESTIDO Y/O SUPERVISION EN COMIDAS, AUNQUE NO PARA SU MOVILIDAD. PRECISA AYUDA Y SUPERVISION AUNQUE NO EN TODAS LAS OCASIONES.	
NECESITA SUPERVISION PARA ALGUNA ACTIVIDAD DE SU VIDA DIARIA: DUCHA, GESTIONES, CONTROL DE DIETA.	
DISPONE DE AUTONOMIA COMPLETA	



**En razón de su estado, adolece de las siguientes limitaciones:**

(Señalar con un aspa)

**a) LIMITACION VISUAL**

TOTAL	
IMPORTANTE	
MODERADA	
NINGUNA O LEVE.	

**b) LIMITACION AUDITIVA**

TOTAL	
IMPORTANTE	
MODERADA	
NINGUNA O LEVE.	

**c) ORIENTACION EN EL TIEMPO Y ESPACIO**

COMPLETAMENTE DESORIENTADO/A	
DESORIENTACION FRECUENTE	
DESORIENTACION OCASIONAL	
COMPLETAMENTE ORIENTADO/A	

**d) ESTADO EMOCIONAL.**

DEPRESIVO	
ALTERADO	
INESTABLE	
NORMAL	

**e) TRANSTORNOS EN LA MEMORIA**

IMPORTANTES	
MODERADOS	
LIGEROS	
NINGUNO	

**f) TRANSTORNOS EN LA CONDUCTA**

IMPORTANTES	
MODERADOS	
LIGEROS	
NINGUNO	



AYUNTAMIENTO DE CHILCHES  
AJUNTAMENT DE XILXES

El/la paciente, adolece, además de las siguientes dificultades anteriormente no reseñadas:

---

---

---

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Fdo: \_\_\_\_\_.