



SERVICIO PROVINCIAL
DE TELEAYUDA DOMICILIARIA

INFORME MEDICO

D/D^a _____

Colegiado/a número _____, al objeto de que surta sus efectos en la tramitación a favor de D/D^a _____ del **Servicio Provincial de Teleayuda Domiciliaria**, emite el siguiente informe médico en relación con dicho/a paciente:

DIAGNOSTICO: _____

En atención 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 RELACION CON EL ENTORNO:

NO SALE DE SU DOMICILIO EN NINGUNA OCASIÓN	
SALE DE SU DOMICILIO, SOLO CON ACOMPAÑANTE. NECESITA AYUDA O SUPERVISION DE OTRA PERSONA, AUNQUE SEA PARCIAL Y NO EN TODAS LAS OCASIONES.	
SALE DE SU DOMICILIO SIN ACOMPAÑANTE, PERO SOLO PARA EFECTUAR COMPRAS DE PRIMERA NECESIDAD O PARA ASISTIR A CONSULTA MEDICA.	
DISPONE DE AUTONOMIA COMPLETA	



3. En cuanto a su CAPACIDAD DE AUTOPROTECCIÓN

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	

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

En _____ a ____ de _____ de 200__.

Fdo: _____.