



EXCMO. AYUNTAMIENTO DE UTRERA (Sevilla)

Código de Entidad DIR-3: L01410956 – C.I.F.: P4109500A

Oficina del Mayor. DIR-3: LA0001336

Domicilio: C/ Cristobal Colón, 28A – Código Postal: 41710

Tfno.: 955865786

PROGRAMA DE APOYO A FAMILIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES DE UTRERA MEDIANTE ESTANCIAS BREVES DE LOS MAYORES DEPENDIENTES DEL MUNICIPIO EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE UTRERA ACREDITADOS PARA MAYORES DEPENDIENTES (RESPIRO FAMILIAR)

INFORME MÉDICO

1. Datos del / de la solicitante					
Apellidos			Nombre		
DNI		Nº Seguridad Social			
2. Datos del/ de la medico					
Apellidos			Nombre		
Centro de salud			Teléfono		
3. Alergias medicamentosas					
4. Hábitos tóxicos (marcar la opción adecuada)					
Fumador/a	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ex fumador/a	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alcohol	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ex bebedor/a	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Patología actual					
6. Factores de riesgo (marcar la opción adecuada)					
Hta				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hipercolesterolemia				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Obesidad				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ANTECEDENTES Patológicos (constar si padece enfermedad contagiosa o no)					
8. Funciones superiores, adaptación personal y social					
Orientación	Orientado <input type="checkbox"/>	Ocasionalmente desorientado <input type="checkbox"/>	Desorientado <input type="checkbox"/>		
Comunicación (sin problemas de audición)			Espontánea	<input type="checkbox"/>	
			Dif. comunicación e interpretación	<input type="checkbox"/>	
			Afasia total	<input type="checkbox"/>	
Comportamiento psíquico			No presenta	<input type="checkbox"/>	
			Trastornos sin riesgo (leve-moderado)	<input type="checkbox"/>	
			Trastorno con riesgo (para sí y los demás)	<input type="checkbox"/>	
			Demencia	<input type="checkbox"/>	

9. Medicación actual y tomas			
10. Situación basal (marcar la opción adecuada)			
Encamado		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Deambulación	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	
	Bastón o andador	<input type="checkbox"/>	
	Independiente	<input type="checkbox"/>	
Incontinencia	Urinaria	<input type="checkbox"/>	
	Total	<input type="checkbox"/>	
	Ocasional	<input type="checkbox"/>	
Ingesta	Dependiente total	<input type="checkbox"/>	
	Necesita ayuda	<input type="checkbox"/>	
	Independiente	<input type="checkbox"/>	
Vestirse	Dependiente total	<input type="checkbox"/>	
	Necesita ayuda	<input type="checkbox"/>	
	Independiente	<input type="checkbox"/>	
Higiene	Dependiente total	<input type="checkbox"/>	
	Necesita ayuda	<input type="checkbox"/>	
	Independiente	<input type="checkbox"/>	
Pañales		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Estado cognitivo (mec):			
11. Tratamiento (marcar la opción adecuada)			
Dieta	Normal	<input type="checkbox"/>	Diabética <input type="checkbox"/>
	Triturada	<input type="checkbox"/>	Gastrohepática <input type="checkbox"/>
	Sng	<input type="checkbox"/>	Hiperproteica <input type="checkbox"/>
	Hipocalórica	<input type="checkbox"/>	Hipercaleórica <input type="checkbox"/>
Oxigenoterapia continua		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sondas vesicales		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ostomías		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Precisa sujeciones	Barandilla en cama <input type="checkbox"/>	En silla <input type="checkbox"/>	
Curas	Úlceras decúbito	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí (lugar) Grado:
	Úlceras vasculares	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si (lugar) Grado:
	Otras úlceras (situación y grado):		
12. Observaciones y otros datos de interés			

Utrera a	Día	Mes	Año
----------	-----	-----	-----

EL/ LA PROFESIONAL

Fdo.:	
Nº Colegiado	