XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL E IGUALDADE

ANEXO VIII-II

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	**BS210A**	**INFORME DE SALUD**

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD

(Para el reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre).

1. Solicitante (puede sustituirse por etiqueta autoadhesiva)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/NIE

FECHA DE NACIMIENTO | EDAD

MOTIVO DEL INFORME

◯ Solicitud inicial de reconocimiento de situación de dependencia ◯ Revisión del reconocimiento

2. En el caso de niños entre 0 y 6 meses, indique (caso afirmativo, obligado cumplimiento)

PESO EN EL MOMENTO DE NACER EN GRAMOS

◯ Menos de 1.100 g. ◯ Entre 1.100 e 1.500 g. ◯ > 1.500 e < 2.200 g. ◯ Más de 2.200 g.

3. Indique los diagnósticos* de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, prolongado, crónico o de larga duración.

	Diagnósticos (obligado cumplimiento)	**Fecha diagnóstico** (obligado cumplimiento)	**Codificación**		**Fase evolutiva**
			Clasificación	Código	
Demencias y enfermedades neurodegenerativas					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Limitaciones sensoriales y afectación de la capacidad perceptivo cognitiva					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Patología traumática					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Trastornos graves del comportamiento					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Retraso Mental / Enfermedad Mental/Deterioro Cognitivo					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Otras Patologías (Sistema Nervioso, Osteomusculares, aparato Respiratorio, Cardiovascular, Genéticas, Infecciosas, neoplásicas, etc)					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica

*Podrá presentar informes médicos que complementen el modelo normalizado.

4. Indique los tratamientos actuales, medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, ortesis y prótesis prescritos* (obligado cumplimiento)

Farmacológicos		Higiénico/dietético	
Psicoterapéutico		Indicacións médicas de soporte terapeútico, funcional e/ou productos de apoio	

Rehabilitador ◯ Recibe ◯ Agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras ◯ No recibe ◯ No agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras

Otros

5. Indique las medidas de soporte funcional, soporte terapéutico y ayudas técnicas que tiene prescritas (obligado cumplimiento).

☐ Oxigenoterapia ☐ Sueroterapia ☐ Nutrición enteral por SNG/PEG ☐ Nutrición parental
☐ S. vesical ☐ Ostomías ☐ Absorbentes ☐ Prótesis/ortesis
☐ Andador ☐ Silla de ruedas ☐ Sujección mecánica
☐ Otros

6. Indique si existe necesidad de apoyo para las actividades de autocuidado (obligado cumplimiento).

◯ Leve ◯ Moderada ◯ Grave

7. Indique si entre las patologías descritas, alguna de ellas cursa en brotes (obligado cumplimiento).

PATOLOGÍA	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO BROTE

8. Indique si la persona se puede trasladar fuera del domicilio

◯ SI ◯ NO

9. Identificación del profesional que emite el informe (obligado cumplimiento).

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DEL INFORME
ORGANISMO/CENTRO DE SALUD	Nº COLEGIADO

Firma

Sello