



XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO VIII-II

PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS210A	DOCUMENTO 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	MOTIVO DEL INFORME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Solicitud inicial de reconocimiento de situación de dependencia <input type="radio"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Limitaciones sensoriales y afectación de la capacidad perceptivo cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Patología traumática	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Trastornos graves del comportamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Retraso Mental / Enfermedad Mental/Deterioro Cognitivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Otras Patologías (Sistema Nervioso, Osteomusculares, aparato Respiratorio, Cardiovascular, Genéticas, Infecciosas, neoplásicas, etc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica

*Podrá presentar informes médicos que complementen el modelo normalizado.

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

Farmacológicos	<input type="text"/>	Higiénico/dietético	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Psicoterapéutico	<input type="text"/>	Indicaciones médicas de soporte terapéutico, funcional e/ou productos de apoio	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Rehabilitador	<input type="radio"/> Recibe <input type="radio"/> Agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras <input type="radio"/> No recibe <input type="radio"/> No agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras		
Otros	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

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

<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sueroterapia	<input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG	<input type="checkbox"/> Nutrición parental
<input type="checkbox"/> S. vesical	<input type="checkbox"/> Ostomías	<input type="checkbox"/> Absorbentes	<input type="checkbox"/> Prótesis/ortesis
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Sujeción mecánica	
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="text"/>		

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORGANISMO/CENTRO DE SALUD	Nº COLEGIADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma	Sello
-------	-------