

Nombre del paciente: _____



1. ATENCIÓN MÉDICO – SANITARIA.

Marque lo que proceda:

- Precisa tratamientos o cuidados sanitarios permanentes (hospitalización, tratamientos continuados en régimen de ambulatorio, etc.).
- Está sometido/a a control médico de forma periódica y constante.
- Está recibiendo tratamiento especial continuado (a excepción de medicamentos auto-administrados).

SI NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. LIMITACIÓN FÍSICA GENERAL.

Atendiendo a la patología que presenta el paciente rogamos señale lo correspondiente a su caso:

- Presenta incapacidad absoluta para valerse por si mismo/a
- Presenta graves dificultades en su desenvolvimiento y autonomía personal (limpiar, cocinar, lavarse, hacer compras, etc.), Aunque eventualmente lo haga.
- Presenta algunas dificultades y molestias en su desenvolvimiento y autonomía personal, pero puede realizarlo solo/a.
- No se alude ningún tipo de discapacidad o dificultad personal atendiendo a su problema médico.

SI NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. SITUACIÓN FÍSICA PARTICULAR.

Marque con una cruz lo que proceda. En el caso de que sea afirmativo añadir otra cruz según la valoración del problema (leve "L" – moderado "M" – grave "G").

3.1.- ALTERACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO

Tipo: _____

SI	NO		
	L	M	G

3.2.- ALTERACIÓN CARDIOCIRCULATORIA

Tipo: _____

SI	NO		
	L	M	G