



A rellenar por facultativo colegiado, preferentemente médico de Centro de Atención a Mayores.

## INFORME DE SALUD (Anexo a la solicitud de ingreso en Residencia para Personas Mayores)

Dada la incidencia del presente informe en la valoración del expediente de solicitud de ingreso en Residencia para Personas Mayores, se ruega la cumplimentación de todos los datos contenidos en el informe, cumplimentando el apartado correspondiente con el texto que proceda, o cruzando con una raya, en el supuesto de que no se dé ninguna de las situaciones indicadas.

Reconocimiento efectuado por el Doctor/a D/Dª. ....  
colegiado/a nº. .... de ..... médico/a de .....  
al solicitante de ingreso en Residencia para Personas Mayores del Imsero D./Dª .....  
y a su cónyuge D./ Dª .....

	Solicitante	Cónyuge
A) Padece enfermedad infecto-contagiosa: (Indicar: 1) Sí o 2) No) .....		
B) Se encuentra inmovilizado en cama, necesitando cuidados médicos de forma permanente: (Indicar: 1) Sí o 2) No) .....		
C) Presenta trastornos psíquicos graves que pueden producir alteraciones en la convivencia: (Indicar: 1) Sí o 2) No) .....		
<b>1. SITUACIÓN FÍSICA</b>		
Se vale por sí mismo, en su aspecto físico, para el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria: (Indicar: 1) Sí o 2) No) .....		
1.1 Limitaciones en el campo visual o auditivo: (Indicar si son: 1) Leves, 2) Importantes, 3) Total) .....		
1.2 Incontinencia: (Indicar si es: 1) Ocasional, 2) Frecuente, 3) Total) .....		
1.3 Dificultad en el manejo de las extremidades superiores: (Indicar si es : 1) Leve, 2) Importante, 3) Total) .....		
1.4 Dificultad en el manejo de las entremidades inferiores: (Indicar si es: 1) Leve, 2) Importante, 3) Total) .....		
1.5 Dificultad respiratoria: (Indicar si es : 1) Leve, 2) De moderada a severa) .....		

**JUICIO DIAGNÓSTICO.** (Se reflejará la causa médica que ha producido la incapacidad física o psíquica señaladas. Se especificará tratamiento y evolución.)

---



---



---



---

