

INFORME DE AUTONOMIA PERSONAL

(A rellenar por facultativo de zona o geriatra correspondiente)

DATOS DEL SOLICITANTE

D.N.I.	NOMBRE Y APELLIDOS	DOMICILIO	F/N.

Señalar con una "x" una sola respuesta en cada uno de los apartados siguientes

<p>VALORACION FISICA</p> <p>1 - MOVILIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> Camina con normalidad</p> <p><input type="checkbox"/> Camina con dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> Camina con ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> En silla de ruedas o encamado</p> <p>2 - VESTIDO</p> <p><input type="checkbox"/> Se viste sin ayuda correctamente</p> <p><input type="checkbox"/> Se viste solo pero incorrectamente</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa ayuda para vestirse</p> <p><input type="checkbox"/> Incapaz para vestirse</p> <p>3 - ALIMENTACION</p> <p><input type="checkbox"/> Se alimenta correctamente y sin ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> Se alimenta con la mínima ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa ayuda con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa ayuda siempre. Incapaz</p> <p>4 - ASEO</p> <p><input type="checkbox"/> Se asea con normalidad</p> <p><input type="checkbox"/> Se asea solo pero mal</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa ayuda para el aseo</p> <p><input type="checkbox"/> Incapaz de asearse</p> <p>5 - CONTINENCIA DE ESFINTERES</p> <p><input type="checkbox"/> Continencia completa</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia ocasional</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia completa</p> <p>6 - CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE LE PERMITAN DESENVOLVERSE EN SU MEDIO (Hacer comida, salir solo, comprar, limpiar. Etc...)</p> <p><input type="checkbox"/> La realiza sin ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> La realiza con ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> La realiza con supervisión estrecha</p> <p><input type="checkbox"/> Incapaz de realizarla</p> <p>7 - VISION</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Ceguera total no adquirida con la vejez</p> <p><input type="checkbox"/> Ceguera total adquirida en la vejez</p> <p>8 - DISNEA</p> <p><input type="checkbox"/> No presenta</p> <p><input type="checkbox"/> Disnea de esfuerzo</p> <p><input type="checkbox"/> Disnea de reposo</p>	<p>VALORACION PSIQUICA</p> <p>9 - MEMORIA</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones leves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones moderadora</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p> <p>10 - ORIENTACION TEMPORO-ESPACIAL</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones leves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones moderadora</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p> <p>11 - COMUNICACION (Capacidad de comprensión y/o expresión)</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones leves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones moderadora</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p> <p>12 - PERCEPCION Y PENSAMIENTO (Delirios, ideas, paramoides, alucinaciones)</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones leves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones moderadora</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p> <p>13 - AFECTIVIDAD (Animo depresivo, descontrol emocional...)</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones leves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones moderadora</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p> <p>14 - TRASTORNOS DE CONDUCTA (Inquietud permanente, desinhibición sexual, agresividad, irritabilidad...)</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones leves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones moderadora</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p>
--	---

En _____ de _____ de 20____

Fdo: Dr/Dra.- _____
Colegiado nº _____ de _____

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

OBSERVACIONES

En _____ de _____ de 20 ____

Fdo: Dr/Dra.- _____
Colegiado nº _____ de _____