



INFORME DE AUTONOMÍA PERSONAL

(A llenar 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

VALORACION FISICA

1 - MOVILIDAD

- Camina con normalidad
- Camina con dificultad
- Camina con ayuda
- En silla de ruedas o encamado

2 - VESTIDO

- Se viste sin ayuda correctamente
- Se viste solo pero incorrectamente
- Precisa ayuda para vestirse
- Incapaz para vestirse

3 - ALIMENTACION

- Se alimenta correctamente y sin ayuda
- Se alimenta con la mínima ayuda
- Precisa ayuda con frecuencia
- Precisa ayuda siempre. Incapaz

4 - ASEO

- Se asea con normalidad
- Se asea solo pero mal
- Precisa ayuda para el aseo
- Incapaz de asearse

5 - CONTINENCIA DE ESFINTERES

- Continencia completa
- Incontinencia ocasional
- Incontinencia con frecuencia
- Incontinencia completa

6 - CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE LE PERMITAN DESENVOLVERSE EN SU MEDIO

(Hacer comida, salir solo, comprar, limpiar. Etc...)

- La realiza sin ayuda
- La realiza con ayuda
- La realiza con supervisión estrecha
- Incapaz de realizarla

7 - VISION

- Normal
- Ceguera total no adquirida con la vejez
- Ceguera total adquirida en la vejez

8 - DISNEA

- No presenta
- Disnea de esfuerzo
- Disnea de reposo

VALORACION PSIQUICA

9 - MEMORIA

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadora
- Alteraciones graves

10 - ORIENTACION TEMPORO-ESPACIAL

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadora
- Alteraciones graves

11 - COMUNICACION

(Capacidad de comprensión y/o expresión)

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadora
- Alteraciones graves

12 - PERCEPCION Y PENSAMIENTO

(Delirios, ideas, paramoides, alucinaciones)

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadora
- Alteraciones graves

13 - AFECTIVIDAD

(Animo depresivo, descontrol emocional...)

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadora
- Alteraciones graves

14 - TRASTORNOS DE CONDUCTA

(Inquietud permanente, desinhibición sexual, agresividad, irritabilidad...)

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadora
- Alteraciones graves

En _____ de _____ de 20_____

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



DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

OBSERVACIONES

En _____ de _____ de 20_____

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