

**SSO 604**

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

En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo: Dr/Dra.- \_\_\_\_\_  
 Colegiado nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**SSO 604**

**DIAGNOSTICO**

**TRATAMIENTO**

**OBSERVACIONES**

En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo: Dr/Dra.- \_\_\_\_\_  
Colegiado nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_