

INFORME DE AUTONOMÍA PERSONAL

DATOS DEL SOLICITANTE: (A rellenar por facultativo de zona o geriatra correspondiente)

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

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

<p>VALORACIÓN FÍSICA</p> <p><i>1 - MOVILIDAD</i></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><i>2-VESTIDO</i></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><i>3 -ALIMENTACIÓN</i></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><i>4-ASEO</i></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><i>5 - CONTINENCIA DE ESFINTERES</i></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><i>6 - CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE LE PERMITAN DESENVOLVERSE EN SU MEDIO (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><i>7- VISION</i></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><i>8-DISNEA</i></p> <p><input type="checkbox"/> No presenta <input type="checkbox"/> Disnea de esfuerzo <input type="checkbox"/> Disnea de reposo</p>	<p>VALORACIÓN PSÍQUICA</p> <p><i>9-MEMORIA</i></p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alteraciones leves <input type="checkbox"/> Alteraciones moderadora <input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p> <p><i>10- ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL</i></p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alteraciones leves <input type="checkbox"/> Alteraciones moderadora <input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p> <p><i>11 - COMUNICACIÓN (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><i>12- PERCEPCIÓN Y PENSAMIENTO (Delirios, ideas paranoides, 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><i>13 - AFECTIVIDAD (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><i>14- TRASTORNOS DE CONDUCTA (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

a

de

SSO 604

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

OBSERVACIONES

En _____ de _____ de 20 ____

Fdo: Dr/Dra.- _____
Colegiado N° _____ de _____