

Anexo III



INFORME DE CONDICIONES DE SALUD PARA LA SOLICITUD DE VALORACION DE DEPENDENCIA

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	DNI:	Fecha de nacimiento:	Domicilio:	Población:

Diagnósticos de las enfermedades relacionadas con la situación de dependencia

-
-
-

Repercusión de las enfermedades en las actividades de autocuidado y movilidad

Describir aspectos relevantes de la enfermedad que repercutan en las actividades de autocuidado y movilidad:

¿El/la interesado/a es capaz de aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas? Sí NO

Pronóstico del déficit funcional y/o cognitivo

¿Es posible que el déficit que existe en la actualidad se modifique en los próximos 6 meses?

NO

SI

En caso de respuesta afirmativa:

a) Previsiblemente el déficit aumentará en los próximos 6 meses

b) Previsiblemente el déficit disminuirá en los próximos 6 meses

Información complementaria

Indique las medidas de soporte y/o ayudas técnicas que tiene prescritas:

Otros diagnósticos de enfermedades activas

-	-
-	-
-	-

Identificación del profesional que emite el informe

Nombre y apellidos del facultativo:		Sello o Etiqueta Adhesiva:
Nº Colegiado:		
Centro:	Fecha:	Firma: