



**ANEXO II - INFORME DE SALUD**

<b>1. Persona solicitante</b> (se puede sustituir por una etiqueta autoadhesiva )			
1 Apellido	2 Apellido	Nombre	
Fecha Nacimiento	D.N.I.	Tarjeta Sanitaria	Sexo

**2. Destaque o subraye los diagnósticos\* de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, prolongado, crónico o de larga duración (condiciones y problemas):**

\*Se podrán adjuntar los informes médicos disponibles

**3. Indique los tratamientos actuales, medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, órtesis y prótesis prescritos\*:**

Farmacológicos (crónicos)	
Cuidados de enfermería	
Rehabilitador	
Ayudas técnicas	
Otros	

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

\*Se podrán adjuntar los planes de tratamientos disponibles

**4. Indique si la situación de salud puede modificarse, probablemente, en los próximos seis meses:**

<input type="checkbox"/> Se mantendrá más o menos igual	<input type="checkbox"/> Mejorará	<input type="checkbox"/> Empeorará
---------------------------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

**5. Observaciones:**  
 Aquellas de interés sobre su estado de salud en relación a su dependencia no recogidas anteriormente, realización de otros test, etc.

<b>6. Identificación del personal facultativo emisor del informe</b>		<b>Fecha informe:</b>	
Nombre y apellidos:			
Organismo/Centro de Salud:	Cargo		
Firma	Sello		