



**INFORME MÉDICO**

**PARA LA SOLICITUD DE INGRESO EN LA UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA** (A cumplimentar por el/la médico/a de Atención Primaria o Especializada que atiende a el/la solicitante. Se presentará en sobre cerrado unido a la solicitud con el mismo número de registro o identificación)

**1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE**

1.º APELLIDO: ..... 2.º APELLIDO: ..... NOMBRE: .....  
 DNI/NIF: .....

**2 VALORACIÓN MÉDICA**

**2.1. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

	Autónomo	Con ayuda	Dependiente	
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vestirse/desvestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso del WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ningún problema	Algún accidente	Incontinente	
Control anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Control vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autónomo	Con ayuda	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Encamado	
	Autónomo	Con ayuda	No puede	
Subir /bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autónomo	Con ayuda	Dependiente	
Transferencia silla-cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**2.2. FUNCIONES SUPERIORES; ADAPTACIÓN PERSONAL Y SOCIAL**

**2.2.1 Orientación**

Orientado                       Ocasionalmente desorientado                       Totalmente desorientado

**2.2.2 Comunicación y lenguaje (no relacionado con alteraciones de la audición)**

Comunicación espontánea       Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje       Afasia total

**2.2.3 Comportamiento psíquico**

No presenta problemas de comportamiento                       Trastornos del comportamiento sin riesgo (leves-moderados)  
 Trastornos del comportamiento con riesgo (para sí mismo o los demás)       Diagnóstico de DEMENCIA

**2.3. OTRAS MINUSVALÍAS NO RELACIONADAS CON LAS ANTERIORES (Sensoriales, físicas, etc.)**

.....  
 .....

**2.4. CUIDADOS ESPECIALES QUE PRECISA**

.....  
 .....

**2.5. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (Especificar tipo de demencia)**

.....  
 .....

**2.6. OBSERVACIONES**

.....  
 .....

En ....., a ..... de ..... de .....

EL/LA PROFESIONAL

Fdo.: (Nombre y apellidos) .....

N.º de colegiado/a (en su caso): .....