



INFORME MÉDICO

Reconocimiento efectuado por el Doctor/a D./Dña. _____

_____ colegiado n.º _____

al solicitante D./Dña. _____ de _____ años

y a su cónyuge D./Dña. _____ de _____ años

- a) Padece enfermedad infecto-contagiosa activa.
- b) Se encuentra inmovilizado en cama necesitando cuidados médicos de forma permanente
- c) Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones de conducta.

SOLICITANTE	CÓNYUGE
si no	si no
si no	si no
si no	si no

1. SITUACIÓN FÍSICA

1.1 Limitaciones en el campo visual y/o	0 1 2 3	0 1 2 3
<i>No tiene 0 – Leves 1 – Importantes 2 – Totales 3</i>	auditivo	0 1 2 3
1.2 Incontinencias urinaria	0 1 2 3	0 1 2 3
<i>No tiene 0 – Leves 1 – Importantes 2 – Totales 3</i>	fecales	0 1 2 3
1.3 Dificultad en el manejo de las extremidades superiores	0 1 2 3	0 1 2 3
<i>No tiene 0 – Leve 1 – Moderada o severa 2 – Total 3</i>	inferiores	0 1 2 3
1.4 Dificultad respiratoria	0 1 2	0 1 2
<i>No tiene 0 – Leve 1 – De moderada a severa 2</i>		

2. SITUACIÓN PSÍQUICA

2.1 Desorientación temporo-espacial <i>No tiene 0 – Leve o esporádica 1 – Importante o habitual 2 – Total 3</i>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.2 Alteraciones de percepción <i>No tiene 0 – Leves 1 – Moderadas 2 – Importantes 3</i>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.3 Incoherencia en la comunicación <i>No tiene 0 – Ligera 1 – Frecuente 2 – Total 3</i>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.4 Descontrol emocional <i>No tiene 0 – Ligera 1 – Importante 2 – Total 3</i>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5 Trastornos de la memoria <i>No tiene 0 – Leves 1 – Moderados 2 – Graves 3</i>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.6 Trastornos de la conducta <i>No tiene 0 – Leves 1 – Moderados 2 – Graves 3</i>	0 1 2 3	0 1 2 3

3. SITUACIÓN CLÍNICA

Se reflejará la causa médica que ha producido la incapacidad física o psíquica señalada, del solicitante y del cónyuge (sólo en caso de solicitud doble)

Respiratorio: _____

Cardio-vascular: _____

Endocrinológico: _____

Músculo-esquelético: _____

Génito-urinario: _____

Org.-sentido: _____

Neurológico: _____

Psiquiátrico: _____

Observaciones: _____

Medicación actual y cuidados: _____

....., a de de 20.....

FIRMA,