

INFORME MÉDICO

(Anexo a la solicitud de ingreso en Centros de Atención a Discapacitados Psíquicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura)

Dr/a, colegiado en con el nº,
con ejercicio profesional en, una vez consultado su historial médico y
explorado al paciente Dña.,

INFORMA :

(Rodear con un círculo lo que proceda)

¿PADECE ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA? SI NO
¿PADECE GRAVES TRASTORNOS DE CONDUCTA QUE PUEDEN ALTERAR LA NORMAL CONVIVENCIA
EN EL CENTRO O SUPONER RIESGO ELEVADO PARA SI MISMO O PARA TERCEROS? SI NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD EN LA FAMILIA SI NO
(Especificar)

CONSANGUINIDAD SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES

ALERGIA A FÁRMACOS SI NO
(Especificar)

A ALIMENTOS SI NO

OTRAS SI NO

¿TIENE COMPLETADO EL CALENDARIO VACUNAL? SI NO

¿ESTÁ CORRECTAMENTE VACUNADO CONTRA LA HEPATITIS B? SI NO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS SI NO
(Especificar año y tipo de intervención)

INGRESOS HOSPITALARIOS POR CAUSAS NO QUIRÚRGICAS SI NO
(Especificar año y motivo del ingreso)

LISTADO DE PROBLEMAS DE SALUD

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

¿CÓMO MANIFIESTA EL DOLOR U OTROS SÍNTOMAS FÍSICOS?

(Responder sólo en discapacitados con retraso mental severo o profundo, o plurideficientes)

¿CONTROLA ESFÍNTERES? SI NO

TRATAMIENTO ACTUAL

¿PRECISA DIETA ESPECIAL?
(Especificar) SI NO

FÁRMACOS (Especificar nombre comercial y dosis):

¿PRECISA CUIDADOS DE ENFERMERÍA?
(Señalar cuáles y con qué periodicidad) SI NO

¿REALIZA REVISIONES MÉDICAS ESPECIALIZADAS?
(Especificar motivo y Servicio Médico a donde acude?) SI NO

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Desplazamiento independiente SI NO
(Subrayar lo que proceda: bastones, andador, silla de ruedas, encamado)

Autonomía en vestido SI NO
 en alimentación SI NO
 en transferencias (silla/cama) SI NO
 en ducha SI NO
 en higiene (lavar dientes, manos, íntima) SI NO

(Fecha, firma y sello)