

Anexo 4. INFORME DE SALUD

(Este informe se emite exclusivamente a efectos de solicitar acogerse al programa de Teleasistencia Domiciliaria).

(Se ruega sea cumplimentado por el médico de cabecera o médico de familia y/o enfermería con letra clara y mayúscula).

Datos personales usuario:

Profesional que emite el informe: Apellidos, Nombre y N° colegiado:

.....

Centro de Salud:

En su defecto número/números de teléfono de la consulta/urgencias:

Señalar las siguientes enfermedades que padece:

- Enfermedad o déficits auditivos. Cuáles:
- Enfermedad o déficits visuales. Cuáles:
- Respiratorias. Cuáles:
- Cardiocirculatorias. Cuáles:
- Osteo-articulares (fracturas, reumáticas). Cuáles:
- Neuro-psiquiátricas. Cuáles:
- Genito-urinarias (incontinencias). Cuáles:
- Digestivas. Cuáles:
- Endocrinas (diabetes, etc.). Cuáles:
- Infecciones. Cuáles:
- Otras:
- ALERGIAS (si tiene):

MEDICACIÓN (Indicar la patología y dosis). Si se considera muy fundamental la toma de alguna medicación en concreto, especificarlo, así como si sería conveniente el recordatorio de la misma al paciente).

.....

.....

- RIESGOS ESPECÍFICOS (si tiene):
- Caídas
 - Pérdidas de conciencia
 - Posibles contagios
 - Otros (especificar cuales)

Considera que sus aptitudes ante las diferentes actividades cotidianas son las siguientes:

(señale con una X en el recuadro correspondiente)

VISION

- Ve bien
- No puede leer
- Ceguera total

MOVILIDAD

- Se mueve solo
- Necesita ayuda
- Necesita andadores, bastón o muletas
- Va en silla de ruedas

RESPIRACION

- Respira bien
- Se cansa o le cuesta respirar
- Se ahoga a menudo
- Necesita oxigenoterapia esporádicamente

AUDICIÓN

- Oye bien (con o sin audífono)
- Hay que hablarle fuerte
- No oye

HABLA

- Se encuentra bien
- Cuesta entenderle un diálogo confuso, incoherente

DESORIENTACIÓN

- No se manifiesta
- Escucha pero no comprende
- Problemas de memoria

ESTADO ANÍMICO

- Se siente bien
- Se siente solo
- Está deprimido

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

Fecha y firma