

(Anexo a la solicitud de ingreso en Residencia Geriátrica “Ciudad de El Ejido”)

Reconocimiento efectuado por el Doctor D. _____
colegiado _____ de _____ médico de _____
_____ al solicitante de ingreso en Residencia Geriátrica “Ciudad de El Ejido”
D. _____ N° Seg. Soc: _____
y a su cónyuge D. _____ N° Seg Soc: _____

	Solicitante	Cónyuge
A. Padece enfermedad infecto-contagiosa: 1) SI 2) NO		
B. Se encuentra inmovilizado en cama, necesitando cuidados médicos de forma permanente: 1) SI 2) NO		
C. Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones en la convivencia en un Centro Residencial: 1) SI 2) NO		
1.- SITUACION FISICA Se vale por si mismo, en el aspecto fisico, para el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria: 1) SI 2) NO		
1.1 Limitaciones en el campo visual o auditivo: 1) Leves, 2) Temporales, 3) Totales.....		
1.2 Incontinencia: 1) Ocasional, 2) Frecuente, 3) Total.....		
1.3 Dificultad en el manejo de las extremidades superiores: 1) Leve, 2) Importante, 3) Total.....		
1.4 Dificultad en el manejo de las extremidades inferiores: 1) Leve, 2) Importante, 3) Total.....		
1.5 Dificultad respiratoria: 1) Leve, 2) De moderada a severa.....		

JUICIO DE DIAGNÓSTICO. (Se reflejará la causa médica que ha producido la incapacidad física señalada anteriormente).

[illegible]



2.-SITUACIÓN PSÍQUICA	Solicitante	Cónyuge
Se vale por sí mismo, en su aspecto psíquico, para el desarrollo de las actividades de la vida diaria: 1) SI 2) NO		
2.1. Desorientación temporal-espacial: 1) Leves o de forma esporádica, 2) Importantes o de forma habitual, 3) Desorientación total		
2.2. Alteraciones de percepción: 1) Leves, 2) Moderadas, 3) Importantes		
2.3. Incoherencias en la comunicación: 1) Ligeras, 2) Frecuentes, 3) Totales		
2.4. Descontrol emocional: 1) Ligero, 2) Importante, 3) Total		
2.5. Trastornos en la memoria: 1) Leves, 2) Moderados, 3) Graves		
2.6. Trastornos en la conducta: 1) Leves, 2) Moderados, 3) Graves		

En caso de enfermedades crónicas, tratamientos que precisan:

Solicitante	Cónyuge

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

....., a de de
Firma,



ANEXO AL INFORME MEDICO (TRASTORNOS ESPECÍFICOS)

(Primer círculo solicitante, segundo cónyuge)

CIRCULATORIO (CORAZON Y VASOS)		RESPIRATORIOS	
HIPERTENSION ARTERIAL ☐ ☐	VENOPATIAS (VARICES) ☐ ☐	CATARROS FRECUENTES ☐ ☐	E. PULMONAR (EPOC) ☐ ☐
ISQUEMIA (ANGOR/INFARTO) ☐ ☐	ARRITMIAS ☐ ☐	ASMA BRONQUIAL ☐ ☐	TUBERCULOSIS PULMONAR ☐ ☐
MARCAPASOS ☐ ☐	VALVULOPATIA ☐ ☐		
ENDOCRINO		DIGESTIVO	
DIABETES ☐ ☐	INSULINO DEPENDIENTE ☐ ☐	HERNIA ☐ ☐	ULCERA ☐ ☐
TIROIDES ☐ ☐	OTRA ☐ ☐	CIRROSIS ☐ ☐	CALCULOS VESÍCULA ☐ ☐
GENITO/URINARIO		OJOS/OIDOS	
VEGIGA ☐ ☐	PROSTATA ☐ ☐	INVIDENTE ☐ ☐	DISMINUCION VISION ☐ ☐
CALCULOS RENALES ☐ ☐	OTRA ☐ ☐	SOLDERA TOTAL ☐ ☐	DISMINUCION AUDITIVA ☐ ☐
LOCOMOTOR		NEURO/PSICOLOGICOS	
ARTROSIS ☐ ☐	COLUMNA ☐ ☐	PARALISIS ☐ ☐	TRASTORNOS LENGUAJE ☐ ☐
REUMATISMO ☐ ☐	CIATICA ☐ ☐	ACCIDENTE CEREBRAL ☐ ☐	ALZHEIMER ☐ ☐
FRACTURA FEMUR ☐ ☐	FRACTURA CADERA ☐ ☐	DEMENCIA EPILEPSIA ☐ ☐	DEPRESION ☐ ☐

OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES DE INTERÉS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....