



Excmo. AYUNTAMIENTO DE

El Ejido.

FECHA.
Nº EXPTE.
Nº REGISTRO.

AREA: SERVICIOS SOCIALES
Y MUJER

INFORME MEDICO SANITARIO
ANEXO A LAS SOLICITUDES DE AYUDA A DOMICILIO

Informe emitido por el Doctor D.

Nombre y Apellidos del solicitante del Servicio

Nº de filiación.....

A) ENFERMEDAD QUE PADECE

- Física
- Psíquica
- Sensorial
- Mental

B) DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

C) SE CONSIDERA LA ENFERMEDAD:

- Leve
- Menos grave
- Grave
- Muy grave

D) LA ENFERMEDAD AFECTA A:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| a) Movilidad y capacidad motora. | c) Atención. |
| Desplazarse. | d) Memoria. |
| Subir o bajar escaleras. | e) Atención Espacio-Temporal. |
| b) Lenguaje. | |
| Compresión. | |
| Expresión. | |

E) DEBIDO A LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD NECESITA:

- Oxígeno.
- Curas.
- Sondeos.
- Insulina.
- Similares.

F) PROBLEMAS EMOCIONALES

	GRAVES	MENOS GRAVES	LEVE
- Ansiedad	3p.	2p.	1p.
- Depresión	3p.	2p.	1p.

G) OBSERVACIONES.....

Fdo.- _____