

INFORME DE SALUD

para solicitud de prestaciones sociales

Fecha		Nombre y apellidos del paciente	
Médico de Referencia		Edad	
CIAS:			
Enfermero/a:		Dirección: (Calle, nº, piso, letra)	
Centro de salud		Población - C.P.	
Tfno.			
Problemas de salud y antecedentes de interés (subraye los que generan la situación de dependencia e indique su fase de evolución y/o frecuencia de brotes si procede)			
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Trastornos graves del comportamiento <input type="checkbox"/> Limitaciones sensoriales <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas activas <input type="checkbox"/> Afectación de la capacidad perceptivo cognitiva			
Tratamientos (farmacológicos, psicoterapéuticos, rehabilitadores y otras medidas terapéuticas):			
Cuidados (Incluyendo, órtesis, prótesis, medidas de soporte funcional y/o terapéutico oxigenoterapia y dieta)			
¿Puede ocuparse del mantenimiento de su salud? (aplicarse medidas terapéuticas, evitar riesgos, pedir ayuda...) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente			
Índice de Barthel (excepto balneoterapia)		Tiempo previsto de la necesidad de cuidados	
Puntuación total:	Meses <input type="checkbox"/> indefinido	
Minimental (si hay sospecha de deterioro cognitivo)		Incluido en el servicio de inmovilizados <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Puntuación total: Valoración:			
Cumplimentar para balneoterapia			
Se vale por sí mismo. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO			
El tratamiento termal se considera:		Indicar el tipo de tratamiento de elección:	
<input type="checkbox"/> Necesario <input type="checkbox"/> Contraindicado <input type="checkbox"/> Conveniente		<input type="checkbox"/> Reumatológico <input type="checkbox"/> Renal y vías urinarias <input type="checkbox"/> Respiratorio	

Firma

Firma

ÍNDICE DE BARTHEL (marcar la puntuación de cada apartado)			
	Puntos	Valoración	
Baño	<input type="checkbox"/> 5	Independiente	Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.
	<input type="checkbox"/> 0	Dependiente	
Vestido	<input type="checkbox"/> 10	Independiente	Se viste, se desnuda, se ajusta la ropa. Se ata los zapatos.
	<input type="checkbox"/> 5	Ayuda	Necesita ayuda, pero al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
	<input type="checkbox"/> 0	Dependiente	
Aseo personal	<input type="checkbox"/> 5	Independiente	Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita.
	<input type="checkbox"/> 0	Dependiente	
Uso del retrete	<input type="checkbox"/> 10	Independiente	Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.
	<input type="checkbox"/> 5	Ayuda	Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
	<input type="checkbox"/> 0	Dependiente	
Uso de escaleras	<input type="checkbox"/> 10	Independiente	Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o bastones
	<input type="checkbox"/> 5	Ayuda	Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras
	<input type="checkbox"/> 0	Dependiente	
Traslado sillón-cama	<input type="checkbox"/> 15	Independiente	No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
	<input type="checkbox"/> 10	Mínima ayuda	Necesita una mínima ayuda o supervisión.
	<input type="checkbox"/> 5	Gran ayuda	Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
	<input type="checkbox"/> 0	Dependiente	
Deambulaci3n	<input type="checkbox"/> 15	Independiente	Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bast3n o andador.
	<input type="checkbox"/> 10	Ayuda	Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisi3n.
	<input type="checkbox"/> 5	Independiente en silla de ruedas	Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
	<input type="checkbox"/> 0	Dependiente	
Micci3n (Se evalúa la semana anterior)	<input type="checkbox"/> 10	Continente	No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida solo.
	<input type="checkbox"/> 5	Incontinente ocasional	Episodios ocasionales con una frecuencia < 1 vez.
	<input type="checkbox"/> 0	Incontinente	Episodios de incontinencia con frecuencia >= 1 vez día.
Deposici3n (Se evalúa en el mes anterior)	<input type="checkbox"/> 10	Continente	No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla solo.
	<input type="checkbox"/> 5	Incontinente ocasional	Episodios ocasionales 1 vez/semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
	<input type="checkbox"/> 0	Incontinente	
Alimentaci3n	<input type="checkbox"/> 10	Independiente	Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
	<input type="checkbox"/> 5	Ayuda	Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla.
	<input type="checkbox"/> 0	Dependiente	

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO MEC 35 puntos (marcar la puntuaci3n de cada apartado)	
	puntos
Orientaci3n	0-1 <input type="checkbox"/> ¿En qué año estamos?
	0-1 <input type="checkbox"/> ¿En qué estaci3n del año estamos?
	0-1 <input type="checkbox"/> ¿En qué día de la semana estamos?
	0-1 <input type="checkbox"/> ¿Qué día (número) es hoy?
	0-1 <input type="checkbox"/> ¿En qué mes estamos?
	0-1 <input type="checkbox"/> ¿En qué provincia estamos?
	0-1 <input type="checkbox"/> ¿En qué país estamos?
	0-1 <input type="checkbox"/> ¿En qué pueblo o ciudad estamos?
	0-1 <input type="checkbox"/> ¿En qué lugar estamos en este momento?
	0-1 <input type="checkbox"/> ¿Se trata de un piso o una planta baja?
Memoria de fijaci3n	0-3 <input type="checkbox"/> Repita estas 3 palabras: PESETA-CABALLO-MANZANA (1 punto por cada respuesta correcta. Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que los aprenda). Acuérdesese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.
Atenci3n y cálculo	0-5 <input type="checkbox"/> Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan?, y si me da 3 (hasta 5 restas)
	0-3 <input type="checkbox"/> Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda) Ahora hacia atrás
Memoria a corto plazo	0-3 <input type="checkbox"/> ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?
Lenguaje y construcci3n	0-1 <input type="checkbox"/> Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?
	0-1 <input type="checkbox"/> Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?
	0-1 <input type="checkbox"/> Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS"
	0-1 <input type="checkbox"/> Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿qué son el rojo y el verde?*
	0-1 <input type="checkbox"/> ¿qué son un perro y el gato?*
	0-3 <input type="checkbox"/> Ahora haga lo que le digo: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA (1 punto por cada acci3n correcta)
	0-1 <input type="checkbox"/> Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: CIERRE LOS OJOS)
	0-1 <input type="checkbox"/> Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel
	0-1 <input type="checkbox"/> Copie este dibujo (anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados)
VALORACI3N	
En > 65 años	Deterioro cognitivo: < 24 puntos
En < 65 años	Deterioro cognitivo < 28 puntos

