

**DATOS DEL SOLICITANTE**

| PRIMER APELLIDO      | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE                         | FECHA NACIMIENTO |
|----------------------|------------------|--------------------------------|------------------|
|                      |                  |                                |                  |
| ZONA BÁSICA DE SALUD |                  | UNIDAD BÁSICA DE ACCIÓN SOCIAL |                  |
|                      |                  |                                |                  |

**VALORACIÓN****MÉDICA**

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (proceso que desencadena la incapacidad motivo de la petición)

| ENFERMEDAD PRINCIPAL   | ESTADO FUNCIONAL   |
|--|--|
| Aguda sin secuelas. <input type="checkbox"/>                   | Asintomático. <input type="checkbox"/>                                   |
| Aguda con secuelas poco invalidantes. <input type="checkbox"/> | Clínica mínima (no afectación AVD). <input type="checkbox"/>             |
| Crónica evolutiva lenta. <input type="checkbox"/>              | Clínica severa (afectación AVD > 50%). <input type="checkbox"/>          |
| Aguda con secuelas invalidantes. <input type="checkbox"/>      | Encamado > 50%. <input type="checkbox"/>                                 |
| Crónica con evolución rápida <input type="checkbox"/>          | Encamado el 100% del tiempo. <input type="checkbox"/>                    |
| MINI-MENTAL EXAMEN COGNITIVO                                   | PATOLOGÍA ASOCIADA (Actual)  |
| 35-30 sin afectación cognitiva. <input type="checkbox"/>       | Obesidad > 35% del índice de masa corporal. <input type="checkbox"/>     |
| 30-20 discreta afectación cognitiva. <input type="checkbox"/>  | Poliartrosis invalidante. <input type="checkbox"/>                       |
| 20-10 moderada afectación cognitiva. <input type="checkbox"/>  | Déficit sensorial (auditivo, visual). <input type="checkbox"/>           |
| < 10 grave afectación cognitiva. <input type="checkbox"/>      | Accidente vascular cerebral. <input type="checkbox"/>                    |
|  | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. <input type="checkbox"/>        |
|  | Diabetes melitus. <input type="checkbox"/>                               |
|  | Insuficiencia cardíaca. <input type="checkbox"/>                         |
|  | Enfermedad vascular periférica-Úlceras presión. <input type="checkbox"/> |
|  | Insuficiencia renal. <input type="checkbox"/>                            |
|  | Neoplasias. <input type="checkbox"/>                                     |

SECUELAS:

ALERGIAS:

TRATAMIENTOS ACTUALES:

OBJETIVOS DE LA SOLICITUD:

OBSERVACIONES:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ Número de Colegiado: \_\_\_\_\_

**ENFERMERÍA**

**ÍNDICE DE BARTHEL**

| COMER  | VESTIRSE Y DESVESTIRSE                    | BAÑO   | HIGIENE PERSONAL                    |
|--|---|--|-------------------------------------|
| Autónomo. <input type="checkbox"/>                     | Autónomo. <input type="checkbox"/>        | Autónomo. <input type="checkbox"/>                           | Autónomo. <input type="checkbox"/>  |
| Con ayuda. <input type="checkbox"/>                    | Con ayuda. <input type="checkbox"/>       | Con ayuda. <input type="checkbox"/>                          | Con ayuda. <input type="checkbox"/> |
| Dependiente. <input type="checkbox"/>                  | Dependiente. <input type="checkbox"/>     |  |                                     |
| CONTROL ANAL   | CONTROL VESICAL                           | TRANSFERENCIA SILLA-CAMA                                     |                                     |
| Ningún problema. <input type="checkbox"/>              | Ningún problema. <input type="checkbox"/> | Autónomo. <input type="checkbox"/>                           |                                     |
| Algún accidente. <input type="checkbox"/>              | Algún accidente. <input type="checkbox"/> | Ayuda mínima. <input type="checkbox"/>                       |                                     |
| Incontinente. <input type="checkbox"/>                 | Incontinente. <input type="checkbox"/>    | Puede sentarse pero no trasladarse. <input type="checkbox"/> |                                     |
|  |   | Dependiente. <input type="checkbox"/>                        |                                     |
| CAMINAR  | SUBIR Y BAJAR ESCALERAS                   | USO DEL WC   |                                     |
| Autónomo. <input type="checkbox"/>                     | Autónomo. <input type="checkbox"/>        | Autónomo. <input type="checkbox"/>                           |                                     |
| Con ayuda. <input type="checkbox"/>                    | Con ayuda. <input type="checkbox"/>       | Con ayuda. <input type="checkbox"/>                          |                                     |
| Autónomo con silla de ruedas. <input type="checkbox"/> | No puede. <input type="checkbox"/>        | Dependiente. <input type="checkbox"/>                        |                                     |
| Dependiente. <input type="checkbox"/>                  |   |  |                                     |

**TÉCNICAS DE ENFERMERÍA**

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| SONDA NASOGÁSTRICA / PEG                 | No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/> | SONDA VESICAL   | No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/> |
| OSTOMÍAS (Tráqueo-Gastro-Colo-Nefro-Uro) | No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/> | COLECTOR URINARIO-PAÑALES   | No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/> |
| SUERO                                    | No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/> | ÚLCERAS POR PRESIÓN Y/O VASCULARES  | Número   |
|  |  | -No hay úlceras.  | <input type="checkbox"/>                                   |
|  |  | -Zona de enrojecimiento permanente de la piel (sin ruptura). No desaparece al retirar la presión.   | _____  |
| OXÍGENO                                  | No <input type="checkbox"/><br>Sí <input type="checkbox"/> | -Pérdida parcial del espesor de las capas de la piel que se presenta clínicamente como una abrasión, aparece un cráter poco profundo.               | _____  |
|  |  | -Pérdida total de la piel quedando expuestos los tejidos subcutáneos, presentándose como un cráter profundo con o sin tejido cicatricial adyacente. | _____  |
|  |  | Pérdida total de la piel y tejido subcutáneo exponiéndose músculo y/o hueso.  | _____  |

**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**

| PUEDA UTILIZAR EL TELÉFONO                        | CAPACIDAD PARA VIAJAR                             | PUEDA IR DE COMPRAS                               |
|---|---|---|
| No lo utiliza. <input type="checkbox"/>           | No viaja. <input type="checkbox"/>                | No las realiza. <input type="checkbox"/>          |
| Autónomo. <input type="checkbox"/>                | Autónomo. <input type="checkbox"/>                | Autónomo. <input type="checkbox"/>                |
| Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> | Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> | Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> |
| Dependiente. <input type="checkbox"/>             | Dependiente. <input type="checkbox"/>             | Dependiente. <input type="checkbox"/>             |
| PUEDA UTILIZAR DINERO                             | PUEDA PREPARARSE LA COMIDA                        | PUEDA HACER ACTIV. DOMÉSTICAS                     |
| No lo utiliza. <input type="checkbox"/>           | No se la prepara. <input type="checkbox"/>        | No las hace. <input type="checkbox"/>             |
| Autónomo. <input type="checkbox"/>                | Autónomo. <input type="checkbox"/>                | Autónomo. <input type="checkbox"/>                |
| Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> | Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> | Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> |
| Dependiente. <input type="checkbox"/>             | Dependiente. <input type="checkbox"/>             | Dependiente. <input type="checkbox"/>             |
| PUEDA TOMAR LA MEDICACIÓN                         |   |   |
| No la toma. <input type="checkbox"/>              | Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> |   |
| Autónomo. <input type="checkbox"/>                | Dependiente. <input type="checkbox"/>             |   |

**FUNCIONES SUPERIORES**

| ORIENTACIÓN   |                          | COMUNICACIÓN Y LENGUAJE                                   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Orientado.  | <input type="checkbox"/> | Comunicación espontánea.                                  | <input type="checkbox"/> |
| Ocasionalmente desorientado.  | <input type="checkbox"/> | Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje. | <input type="checkbox"/> |
| Totalmente desorientado.  | <input type="checkbox"/> | Afasia total.   | <input type="checkbox"/> |
| COMPORTAMIENTO PSÍQUICO   |                          |   |                          |
| -No presenta problemas de comportamiento.   |                          | <input type="checkbox"/>                                  |                          |
| -Trastornos del comportamiento sin riesgo (existen trastornos leves del comportamiento).  |                          | <input type="checkbox"/>                                  |                          |
| -Trastornos del comportamiento con riesgo (existen trastornos del comportamiento que pueden representar un riesgo, tanto para ellos mismos como para los demás por agresividad, agitación, peligro de huidas, intentos de autolisis, etc.). |                          | <input type="checkbox"/>                                  |                          |

OBSERVACIONES:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ Número de Colegiado: \_\_\_\_\_

**SOCIAL**

| SITUACIÓN FAMILIAR                               |                          | CONVIVENCIA  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Pueden atenderlo.                                | <input type="checkbox"/> | -Vive con la familia de forma estable.                               | <input type="checkbox"/> |
| Familia con capacidad limitada de apoyo.         | <input type="checkbox"/> | -Vive con familiares de 2º o 3º grado y/o otras personas             | <input type="checkbox"/> |
| Rechazo familiar.                                | <input type="checkbox"/> | sin parentesco.  | <input type="checkbox"/> |
| No tiene familia directa. Claudicación familiar. | <input type="checkbox"/> | -Vive con otra/s persona/s dependiente/s.                            | <input type="checkbox"/> |
|  |                          | -Vive con personas de edad superior a 75 años.                       | <input type="checkbox"/> |
|  |                          | -Vive sólo pero tiene familiares directos que se hacen responsables. | <input type="checkbox"/> |
|  |                          | -Vive sólo.  | <input type="checkbox"/> |
|  |                          | -Vive con la familia pero cambia de domicilio cada cierto tiempo.    | <input type="checkbox"/> |
|  |                          | -Vive en residencias provisionalmente.                               | <input type="checkbox"/> |

GENOGRAMA:

| GRADO DE RELACIÓN FAMILIAR    |                          | VIVIENDA   |                          |
|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Buena.                        | <input type="checkbox"/> | -Dispone de buenas condiciones de habitabilidad y de confort. No existen   | <input type="checkbox"/> |
| Aceptable.                    | <input type="checkbox"/> | Barreras de acceso.  | <input type="checkbox"/> |
| Mala. Sin relación.           | <input type="checkbox"/> | -Dispone de suficientes condiciones de habitabilidad, pero hay barreras arquitectónicas y/o falta de espacio en la vivienda. | <input type="checkbox"/> |
| Maltrato físico y/o psíquico. | <input type="checkbox"/> | -Existen barreras arquitectónicas de acceso a la vivienda.   | <input type="checkbox"/> |
|                               |                          | -Equipamientos generales de vivienda insuficientes.  | <input type="checkbox"/> |
|                               |                          | -Condiciones de habitabilidad e higiene que pueden comprometer la salud.   | <input type="checkbox"/> |

| RECURSOS SOCIALES DE LA LOCALIDAD DONDE RESIDE EL SOLICITANTE |                          |                          | ACCESO A LOS EQUIPAMIENTOS                        |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| RECURSOS  | EXISTEN                  | DISFRUTA                 |   |                          |
| Atención Domiciliaria.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Proximidad.                                      | <input type="checkbox"/> |
| Centro de Día.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Poca distancia/acceso aceptable                  | <input type="checkbox"/> |
| Comedores.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Distancia media/acceso con ciertas deficiencias. | <input type="checkbox"/> |
| Unidades de Respirio.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Mucha distancia/vías de acceso deficientes.      | <input type="checkbox"/> |
| Teleasistencia.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |

Centro de 24 horas.

| SITUACIÓN ECONÓMICA                     |   |                         |
|---|---|-------------------------|
| Ingresos de la unidad familiar por mes: | Renta per cápita mensual de la unidad familiar: | Gastos extraordinarios: |

| ATENCIÓN SOCIO SANITARIA  |                          |
|---|--------------------------|
| No precisa atención. Recibe SAD y es suficiente. Vive en residencia privada en condiciones adecuadas.               | <input type="checkbox"/> |
| Alta a domicilio con apoyo de Atención Domiciliaria u otros recursos alternativos (Centro de Día, Hospital de Día). | <input type="checkbox"/> |
| Situación precaria en domicilio, pensión o residencia privada. Recursos sanitarios y sociales insuficientes.        | <input type="checkbox"/> |
| No recibe SAD pero lo necesita. No puede ser alta a domicilio. Situación que no se puede mantener a domicilio.      | <input type="checkbox"/> |

| CUIDADOR/ES |        |           |            |          |
|-------------|--------|-----------|------------|----------|
| Edad        | Nombre | Apellidos | Parentesco | Teléfono |
|             |        |           |            |          |
|             |        |           |            |          |
|             |        |           |            |          |

OBSERVACIONES:

VALORACIÓN SOCIAL:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ Número de Colegiado: \_\_\_\_\_