



ANEXO III

INFORME MEDICO ADJUNTO A LA SOLICITUD DE CONVOCATORIA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS PUNTUALES DE PAGO ÚNICO (AYUDAS COMPLEMENTARIAS) PARA LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD DE LA VIVIENDA DE PERSONAS MAYORES Y/O CON DISCAPACIDAD, EJERCICIO 2024.



INFORME DE SALUD

PARA LA SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA (PERSONAS MAYORES DE 3 AÑOS)

FECHA DEL INFORME: ____ / ____ / ____	
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	
Apellidos:	
Edad:	
DNI:	
CIPA:	
Dirección:	
Población – CP:	Teléfono:
DATOS DEL MÉDICO	
Médico de referencia:	
Especialidad:	
Centro:	
Dirección:	
Población – CP:	Teléfono:

MOTIVO DEL INFORME:

- ☐ SOLICITUD INICIAL para el reconocimiento de situación de dependencia
- ☐ REVISIÓN DEL RECONOCIMIENTO por aparición de nuevas secuelas o por agravamiento o mejoría de las condiciones de salud previas

DIAGNÓSTICOS: Indique los diagnósticos (CIE-10) de las principales enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud que afecten actualmente al desempeño de las actividades de la vida diaria (AVDs)

Diagnóstico Principal (al menos 1):

Fecha de inicio	Diagnóstico/problema de salud	Código CIE-10 ¹	Fase de evolución ²	Nº brotes en el último año ³

Otros diagnósticos relacionados con la situación de dependencia:

Fecha de inicio	Diagnóstico/problema de salud	Código CIE-10 ¹	Fase de evolución ²	Nº brotes en el último año ³

¹ Códigos CIE 10: https://cdemaps.mscbs.gob.es/cie/cie/maps/browsenIndex_10_mc.html

² Valores posibles: Insignificante, Leve, Moderado, Grave, Total

³ En el caso de que la enfermedad curse por brotes

- ☐ Adjunto Historia Clínica resumida y/o Informes médicos adicionales

CARACTERÍSTICAS RELEVANTES

☐ Deterioro cognitivo	☐ Limitaciones sensoriales
☐ Enfermedad mental crónica	☐ Sordo-ceguera
☐ Trastornos graves del comportamiento	☐ Enfermedad rara
☐ Discapacidad intelectual	☐ Pluripatología crónica
☐ Silla de ruedas	☐ Inmovilizado (vida cama/sillón)
☐ Otras características relevantes:.....	

SITUACIÓN ACTUAL*

Se encuentra en situación basal	☐ No	☐ Sí
Se encuentra Hospitalizado*	☐ No	☐ Sí Hospital:
Se encuentra Institucionalizado	☐ No	☐ Sí Centro:



*La valoración del reconocimiento de la dependencia debe realizarse en situación basal. En caso de que se encontrara hospitalizado se deberá incorporar el Informe de alta hospitalaria (requisito indispensable y obligatorio).

TRATAMIENTOS Y CUIDADOS QUE TIENE PRESCRITOS ACTUALMENTE *

Farmacológicos:	
Psicoterapéuticos:	
Rehabilitadores:	☐ Agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras
☐ No recibe	☐ No agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras
☐ Recibe	
Cuidados enfermería:	
Medidas de soporte vital / funcional:	☐ Oxigenoterapia
☐ Prótesis/ órtesis	☐ Ostomías
☐ Andador	☐ Nutrición enteral por SNG/PEG
☐ Silla de ruedas	☐ Nutrición parental
☐ Absorbentes	☐ Sujeción mecánica
☐ Sonda vesical	☐ Otros.....

Indique los tratamientos actuales, medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, órtesis y prótesis prescritos

ESTADO DE SALUD ACTUAL Y NECESIDADES DE APOYO

Describe brevemente el estado de salud de la persona solicitante y su necesidad de apoyo para las Actividades de la vida diaria (AVDs)

--

En caso de que sea una solicitud de revisión por agravamiento, describa brevemente en qué consiste el empeoramiento o mejoría del estado de salud del solicitante respecto a la valoración anterior de dependencia que justifique dicha revisión.

--

PRONÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

- ☐ Probable mejoría en menos de 6 meses
☐ Probable mejoría en más de 6 meses
☐ Situación indefinida

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE EL INFORME:

Dr / Dra: _____

Nº de Colegiado: _____

Fecha del Informe: _____

Sello y firma: _____