

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD
PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA
(MAYORES DE 3 AÑOS)

1- Datos del solicitante:

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
D.N.I.:	FECHA DE NACIMIENTO:

2- Problemas de salud en activo, de carácter permanente o crónico, que inciden sobre la situación de dependencia del solicitante (ordenar por importancia en relación a la incidencia sobre dicha situación):

ORDEN	DIAGNÓSTICOS ACTUALES	CIE-9 / CIE-10	FECHA
1º			
2º			
3º			
	DIAGNÓSTICOS PREVIOS		
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			

- ☐ Enfermedad mental
 ☐ Discapacidad intelectual
 ☐ Trastornos graves del comportamiento
☐ Limitaciones sensoriales
 ☐ Enf. infecciosas activas
 ☐ Afección de la capacidad perceptivo-cognitiva

3- Tratamientos que tiene prescritos actualmente (señalar los que tienen relevancia):

FARMACOLÓGICOS	
PSICOTERAPÉUTICOS	
REHABILITADORES	
AYUDAS TÉCNICAS	
CUIDADOS ENFERMERÍA	

4- Marcar lo que proceda (poner una X o un círculo donde corresponda):

1. SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN BASAL	SÍ	NO
2. PRESENTA DISMINUCIÓN DE VISIÓN Y/O AUDICIÓN	SÍ	NO
3. PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA	SÍ	NO
4. PRESENTA INCONTINENCIA FECAL	SÍ	NO
5. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMII	SÍ	NO
6. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMSS	SÍ	NO
7. PRESENTA ALTERACIÓN DE CONDUCTA	SÍ	NO
8. TIENE CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	SÍ	NO
9. SE RESPONSABILIZA DE SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	SÍ	NO
10. SE PREVÉ MEJORÍA EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES	SÍ	NO
11. SE ENCUENTRA ENCAMADO DE FORMA PERMANENTE	SÍ	NO
12. PRECISA SILLA DE RUEDAS DE FORMA PERMANENTE	SÍ	NO

5- Valoración de las ABVD

Se valorará (de 0 a 3) la capacidad que tiene el/la solicitante para desempeñar por sí mismo/a las actividades anteriormente mencionadas, así como la necesidad de apoyo:

0 - INDEPENDIENTE: No precisa ninguna ayuda.

1 - SUPERVISIÓN/PREPARACIÓN: Solo necesita una preparación, por parte del cuidador/a habitual, de los elementos necesarios para realizar la tarea, o bien se le proporciona vigilancia, se le anima o se le da indicaciones para que la ejecute.

2 - AYUDA PARCIAL O LIMITADA: La persona participa en la realización de la tarea. Comprende cómo tiene que hacerlo y se implica en la ejecución/desarrollo de la misma.

3 - AYUDA TOTAL: Realización por parte del cuidador de la totalidad de la actividad. Inmovilizado/encamado o ausencia de capacidad de comprensión.

ACTIVIDAD	Autonomía / Apoyo
COMER: Hacer uso correcto de los cubiertos, llevarse los alimentos a la boca. Incluye la ingesta de alimentos a través de otros medios (sonda, nutrición parenteral total)	
MICCIÓN/DEFECACIÓN: Acudir al baño, usar el retrete (adoptar la postura adecuada), limpiarse correctamente y ajustarse la ropa. Incluye cambiarse el absorbente y el manejo de la sonda u ostomía.	
ASEO PERSONAL: Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del mismo. Incluye acceder a la bañera o plato de ducha por sí solo.	
VESTIDO: Ponerse/quitarle todas las prendas de vestir y el calzado. Incluye abrochar botones/cremalleras así como ponerse las prótesis y órtesis prescritas.	
TRANSFERENCIAS: Como se mueve entre superficies hacia o desde: la cama, la silla. Incluye sentarse/levantarse de la silla, la cama.	
DESPLAZAMIENTOS DENTRO DEL HOGAR: Andar/moverse en el domicilio habitual: dentro de una habitación o entre diferentes estancias.	
DESPLAZAMIENTOS FUERA DEL HOGAR: Acceder al exterior de la vivienda. Caminar y/o moverse cerca o lejos de la propia vivienda.	

6- Otras observaciones de interés relacionadas con el estado de salud de el/la solicitante y su situación de dependencia.

--

7- Identificación del profesional que emite el informe:

Dr / Dra: _____

Nº de Colegiado: _____

Sello y firma:

En _____, a _____ de _____ de 201

CLÁUSULA SOBRE LA RECOGIDA DE DATOS (SOLICITUDES, INSCRIPCIONES, ETC.)

Los datos de carácter personal recopilados por medio de la presente inscripción serán tratados por la ASOCIACIÓN DE AMIGOS DE LA TERCERA EDAD EL CONCEJO DE BUSTARVIEJO como responsable de tratamiento, con NIF G28852101 y domicilio en C/ Mariano García Pérez, 1, Bustarviejo 28720 (Madrid) con el fin de solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia, estando dicho tratamiento legitimado en su necesidad para la correcta ejecución de un contrato en el que el interesado es parte o para la aplicación a petición de este de medidas precontractuales y en su solicitud.

Los datos personales identificativos y de categoría especial se comunicarán a los siguientes destinatarios a los asistentes sociales, Comunidad de Madrid para tramitar la solicitud de dependencia fundamentándose dicha comunicación en el consentimiento del interesado o tutor legal.

Los datos personales se conservarán durante el tiempo necesario para gestionar la solicitud presentada y serán suprimidas transcurridos los plazos de prescripción legal correspondientes.

Para solicitar el acceso, la rectificación, supresión o limitación del tratamiento de los datos personales o para oponerse a su tratamiento, en el caso de se den los requisitos establecidos en el Reglamento General de Protección de Datos, así como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personal y garantía de los derechos digitales, puede dirigir un escrito al responsable del tratamiento, en este caso, la ASOCIACIÓN DE AMIGOS DE LA TERCERA EDAD EL CONCEJO DE BUSTARVIEJO, con dirección C/ Mariano García Pérez, 1, Bustarviejo (Madrid) o a través de correo electrónico en resibus2020@gmail.com

Asimismo, y especialmente si considera que no ha obtenido satisfacción plena en el ejercicio de sus derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad nacional de control dirigiéndose a estos efectos a la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6 – 28001 Madrid.