**DATOS SANITARIOS Y AUTONOMÍA PERSONAL**

DATOS DEL INTERESADO

La recibe a través de: Acredita condición legal de:

Seguridad Social

Seguridad Médica Privada:

Médico que le atiende \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horario de consulta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de Asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consultorio que le pertenece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA QUE LIMITA ACTIVIDADES DE LA VIDA**

**DIARIA (Capacidad funcional) EXPUESTA EN ESTE INFORME:**

**SI: NO:**

MEDICACIÓN RELEVANTE PARA EL SERVICIO:

* PADECE ENFERMEDAD INFECCIOSA. Sí No

**CAPACIDAD FUNCIONAL (actividades de la vida diaria)**

**(MARCAR CON UNA X LA COLUMNA QUE CORRESONDA POR FILA)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AVD** | **Lo hace por sí mismo** | **Requiere ayuda parcial** | **Requiere ayuda total** |
|  |  |  |  |  |
| 1 | Comer y beber |  |  |  |
| 2 | Regulación de la micción/defecación |  |  |  |
| 3 | Lavarse/arreglarse/ducharse |  |  |  |
| 4 | Vestirse/calzarse/desvestirse/descalzarse |  |  |  |
| 5 | Sentarse/levantarse/tumbarse |  |  |  |
| 6 | Control en la toma de medicamentos |  |  |  |
| 7 | Desplazarse dentro del hogar |  |  |  |
| 8 | Desplazarse fuera del hogar |  |  |  |
| 9 | Cuidar la casa/TAREAS BÁSCIAS diarias o semanales |  |  |  |
| 10 | Hacer la compra |  |  |  |
| 11 | Adecuada alimentación a su situación |  |  |  |
| 12 | Relaciones interpersonales |  |  |  |
| 13 | Usar y gestionar el dinero |  |  |  |
| 14 | Uso de los servicios a disposición del público: medico/banco/farmacia/ |  |  |  |
|  | **TOTAL** |  |  |  |

Fdo. Fecha: