



**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA**

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE n. 299, de 15 de diciembre de 2006)

INFORME DE SALUD DE LA PERSONA

Primer apellido		Segundo apellido	
Nombre		Fecha de nacimiento	DNI/NIE/Pasaporte
		Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	

Neurológico	Sí	CIE 10
Isquemia cerebral transitoria		G45
Infarto cerebral		I63
Hemorragia cerebral		I61
Hemiplejia		G81
Paraplejia y cuadraplejia		G82
Demencia Alzheimer		F00
Demencia vascular		F01
Otras demencias		F02
Enfermedad de Parkinson		G20
Esclerosis múltiple		G35
Epilepsia		G40
Circulatorio	Sí	CIE 10
Hipertensión arterial		I10
Angina de pecho		I20
Infarto agudo de miocardio		I21
Enfermedad isquémica crónica del corazón		I25
Cardiomiopatía		I42
Insuficiencia cardíaca		I50
Aneurisma y disección aórtica		I71
Enfermedad vascular periférica		I73
Varices miembros inferiores		I83
Digestivo	Sí	CIE 10
Reflujo gastroesofágico		K21
Úlcera gástrica/duodenal		K25/K26
Cálculo biliar		K80
Hepatitis viral crónica		B18
Cirrosis hepática		K74
Insuficiencia hepática		K72
Enfermedades pancreáticas		K86
Mala absorción intestinal		K90
Enfermedad de Crohn		K50
Colitis ulcerosa		K51
Infecciones (especificar)	Sí	A00-B99

Endocrino-metabólico	Sí	CIE 10
Diabetes Mellitus insulino dependiente		E10
Diabetes Mellitus no insulino dependiente		E11
Hipertiroidismo		E05
Hipotiroidismo		E03
Obesidad		E66
Dislipemia		E78
Desnutrición ligera/severa		E44/E43
Oftalmológico	Sí	CIE 10
Alteraciones de la visión		H53
Ceguera de ambos ojos		H54.0
Ceguera de un ojo		H54.4
Aparato respiratorio	Sí	CIE 10
EPOC		J44
Bronquiectasias		J47
Insuficiencia respiratoria crónica		J96
Asma		J45
Síndrome de apnea del sueño		G47.3
Nefrológico	Sí	CIE 10
Incontinencia urinaria		R32
Cálculo riñón y uréter		N20
Hiperplasia de próstata		N40
Insuficiencia renal crónica		N18
Diálisis renal		Z49
Salud mental	Sí	CIE 10
Trastorno de ansiedad		F41
Depresión		F32
Esquizofrenia		F20
Trastorno afectivo bipolar (maníaco-depresivo)		F31
Delirio orgánico (estado confuso)		F05
Trastornos de alimentación		F50
Trastornos del sueño		F51
Abuso de sustancias psicoactivas (especificar)		F10-F19
Neoplasias (especificar)	Sí	C00-D48

Indicar los **diagnósticos de enfermería** de carácter permanente o de larga duración que presenta:

Diagnósticos de enfermería	Parcial	Total
Suplencia para la alimentación.		
Suplencia para la eliminación fecal y urinaria.		
Suplencia per la movilización y el mantenimiento de la postura adecuada.		
Suplencia para vestirse y el cuidado personal.		
Suplencia para el mantenimiento de la temperatura corporal.		
Suplencia para la higiene y la protección de la piel.		
Suplencia para el mantenimiento de la seguridad en el entorno.		
Diagnósticos de independencia		Sí
Deterioro de la movilidad física con relación a: Manifestado por:		
Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal con relación a: Manifestado por:		
Déficit de actividades recreativas con relación a: manifestado por:		
Baja autoestima situacional con relación a: Manifestado por:		
Riesgo de soledad con relación a:		
Riesgo de lesión con relación a:		
Otros: Observaciones:		

Indicar los **cuidados de enfermería** que tiene prescritos la persona:

Recomendaciones sobre:	Sí	Tipos
Dieta		
Higiene personal		
Eliminación		
Ejercicio		
Seguridad en el entorno		
Cura de heridas		
Otros: Observaciones:		

Indicar las medidas de soporte funcional y terapéutico y las ayudas técnicas que utiliza :

Medidas	Sí	Medidas	Sí	Medidas	Sí
Oxigenoterapia		Colector urinario		Andadorr	
Sonda gástrica		Pañales		Silla de ruedas	
Sonda vesical		Prótesis de extremidades		Otros:	

Indicar si la persona necesita otras ayudas de las que no dispone en este momento:

Indicar el estado de salud de la persona cuidadora:

Presenta problemas de salud que le dificulten la tarea ☐ Sí ☐ No

Tiene soporte de otras personas ☐ Sí ☐ No

Observaciones: _____

Diagnósticos de independencia	Sí
Cansancio o riesgo de cansancio del papel de cuidador con relación a: Manifestado por:	
Interrupción o riesgo de interrupción de los procesos familiares con relación a: Manifestado por:	
Otros	

Indicar si la situación actual de salud puede modificarse, probablemente, en los siguientes seis meses, con medidas terapéuticas adecuadas:

- ☐ Se mantendrá más o menos igual. ☐ Empeorará.
☐ Mejorará. ☐ Disminuirá el empeoramiento.

Lugar y fecha: _____

Médico/a _____ Colegiado/a _____	Enfermero/a _____ Colegiado/a _____
Firma médico/a	Firma enfermero/a