

MOD-4/ SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO. DELEGACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES, AYUNTAMIENTO BOLLULLOS MITACIÓN.

INFORME MÉDICO:

Informe emitido por D/Dª.....

Colegiado nº....., médico de D/Dª.....

1.- CAPACIDAD FUNCIONAL del enfermo (Marque con una X lo que proceda).

CAPACIDADES	LO HACE POR SI MISMO	NECESITA AYUDA PARCIAL	NECESITA AYUDA TOTAL
1-Comer y beber			
2- Regulación micción/defecación			
3-Lavarse/arreglarse			
4-Vestirse/calzarse			
5-Sentarse /levantarse/tumbarse			
6-Control en la toma de medicamentos			
7-Evitar riesgos			
8-Pedir ayuda			
9-Desplazarse dentro del hogar			
10-Desplazarse fuera del hogar			
11-Realizar tareas domésticas			
12-Hacer la Compra			
13-Relaciones Interpersonales			
14-Usar y gestionar el dinero			
15-Uso de los servicios públicos			

DIAGNOSTICO DE TODAS LAS ENFERMEDADES QUE PADECE:

.....

Fecha:

Firma y Sello
