



**SERVICIO PROVINCIAL  
DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA**

**INFORME MEDICO**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
Colegiado/a número \_\_\_\_\_, al objeto de que surta sus efectos en la tramitación a favor de D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ del **Servicio Provincial de Teleasistencia Domiciliaria**, emite el siguiente informe médico en relación con dicho/a paciente:

**DIAGNOSTICO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**En atención a su estado, precisa de las siguientes atenciones:**

(Señalar con un aspa)

**1. En cuanto a su MOVILIDAD:**

PERMANECE CONFINADO EN SILLA DE RUEDAS O ENCAMADO	
CAMINA CON AYUDA DE MULETAS O ANDADOR	
CAMINA CON DIFICULTAD O CON AYUDA DE BASTON	
CAMINA CON NORMALIDAD	

**2. En cuanto a su RELACION CON EL ENTORNO:**

NO SALE DE SU DOMICILIO EN NINGUNA OCASIÓN	
SALE DE SU DOMICILIO, SOLO CON ACOMPAÑANTE. NECESITA AYUDA O SUPERVISION DE OTRA PERSONA, AUNQUE SEA PARCIAL Y NO EN TODAS LAS OCASIONES.	
SALE DE SU DOMICILIO SIN ACOMPAÑANTE, PERO SOLO PARA EFECTUAR COMPRAS DE PRIMERA NECESIDAD O PARA ASISTIR A CONSULTA MEDICA.	
DISPONE DE AUTONOMIA COMPLETA	



### 3. En cuanto a su CAPACIDAD DE AUTOPROTECCION:

PRECISA AYUDA EN ALIMENTACION, VESTIDO, ASEO Y MOVILIDAD. SU SITUACION HABITUAL ES LA DE ENCAMADO/A.	
PRECISA AYUDA PARA ASEO, VESTIDO Y/O SUPERVISION EN COMIDAS, AUNQUE NO PARA SU MOVILIDAD.PRECISA AYUDA Y SUPERVISION AUNQUE NO EN TODAS LAS OCASIONES.	
NECESITA SUPERVISION PARA ALGUNA ACTIVIDAD DE SU VIDA DIARIA: DUCHA, GESTIONES, CONTROL DE DIETA.	
DISPONE DE AUTONOMIA COMPLETA	

### En razón de su estado, adolece de las siguientes limitaciones:

(Señalar con un aspa)

#### a) LIMITACION VISUAL:

TOTAL	
IMPORTANTE	
MODERADA	
NINGUNA O LEVE.	

#### b) LIMITACION AUDITIVA:

TOTAL	
IMPORTANTE	
MODERADA	
NINGUNA O LEVE.	

#### c) ORIENTACION EN EL TIEMPO Y ESPACIO:

COMPLETAMENTE DESORIENTADO/A	
DESORIENTACION FRECUENTE	
DESORIENTACION OCASIONAL	
COMPLETAMENTE ORIENTADO/A	



AYUNTAMIENTO DE CHILCHES  
AJUNTAMENT DE XILXES

**d) ESTADO EMOCIONAL:**

<b>DEPRESIVO</b>	
<b>ALTERADO</b>	
<b>INESTABLE</b>	
<b>NORMAL</b>	

**e) TRANSTORNOS EN LA MEMORIA:**

<b>IMPORTANTES</b>	
<b>MODERADOS</b>	
<b>LIGEROS</b>	
<b>NINGUNO</b>	

**f) TRANSTORNOS EN LA CONDUCTA:**

<b>IMPORTANTES</b>	
<b>MODERADOS</b>	
<b>LIGEROS</b>	
<b>NINGUNO</b>	

El/la paciente, adolece, además de las siguientes dificultades anteriormente no reseñadas:

---

---

---

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_