

1. DATOS DE LOS PROFESIONALES

Profesional en medicina*	
N.º de colegiado del profesional en medicina*	
Profesional en enfermería*	
Centro de salud*	
Teléfono de contacto*	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONA INTERESADA

¿Dispone de NIF / NIE? *	<input type="checkbox"/> Menor de 14 años y no se dispone de NIF / NIE <input type="checkbox"/> Se dispone de NIF / NIE		
NIF / NIE* <i>* Rellenar obligatoriamente si dispone de NIF / NIE</i>		Núm. soporte NIF / NIE* <i>* Rellenar obligatoriamente si dispone de NIF / NIE</i>	
Nombre*		CIP*	
Primer apellido*		Segundo apellido*	
Teléfono de contacto*		Correo electrónico*	
Domicilio completo*			

3. PROBLEMAS DE SALUD Y ANTECEDENTES QUE AFECTEN AL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Fecha inicio*	Problemas de salud (Diagnósticos CIE10) *	Código*	Fase Evolución*(1)	Brotos último año*

(1) Valores posibles: Insignificante, Leve, Moderado, Grave, Total

4. TRATAMIENTOS

Farmacológicos, psicoterapéuticos, rehabilitadores, otras medidas...

5. PRODUCTOS DE APOYO

Incluyendo órtesis, prótesis, medidas de soporte funcional y/o terapéutico oxigenoterapia y dieta terapéutica

6. PRONÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Seleccione una de las siguientes opciones:

- Posible mejoría en menos de 6 meses Probable mejoría en más de 6 meses Situación indefinida

7. FIRMA

Fecha*

Firma*

Firmese por el profesional que realiza este informe

Consejería de Salud y Atención a la Dependencia
Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)
Dirección Gerencia - SEPAD
Unidad de Acceso y Valoración de la Dependencia
Código identificación DIR3: A11030373