



ANEXO III

Sistema Riojano de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

INFORME DE SALUD

Informe del Sistema Público de Salud en la Rioja para la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia

Informe que emite el/la Dr./Dra.....
Colegiado nº.....Centro de salud.....
Localidad

1. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
D.N.I./N.I.E./Pasaporte	Fecha de nacimiento	Localidad de residencia

2. ANTECEDENTES DE INTERÉS

--

3. DIAGNÓSTICO

(índique los diagnósticos de aquellas enfermedades, trastornos, u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad, dificultades de desarrollo que limitan la autonomía personal del/la paciente).

DIAGNOSTICO	CODIGO CIE 10

Indique si presenta (señalar lo que proceda):

Deterioro cognitivo	Si	No
Trastorno del comportamiento	SI	No

4. TRATAMIENTO

(índique el tratamiento actual que tiene prescrito el/la paciente).

Farmacológico	
Psicoterapéutico	
Rehabilitador	
Higiénico-dietético	
Otros	



**Gobierno
de La Rioja**

5. PATOLOGÍAS

(Indique patologías del/la paciente y señalar si alguna cursa brote)

Patologías	Frecuencia en el último año

6. MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, TERAPEÚTICO, Y/O AYUDAS TÉCNICAS, ÓRTESIS Y PRÓTESIS

(Indique aquellas que actualmente tiene prescritas el/la paciente).

7. PESO AL NACER EN GRAMOS

(Indique cuando el/la paciente es menor de 6 meses)

--

8. EVOLUCION

(Indique si, con las medidas terapéuticas adecuadas, la situación actual de salud puede modificarse, probablemente en los próximos seis meses. Marcar la que considere).

Se mantendrá mas o menos igual
Mejorará
Empeorará

8.-OBSERVACIONES

(Indique aquellas que considere de interés en relación con el estado de salud del/la paciente)

--

En....., a de de 200 ...

Firmado: