

## DATOS DEL SOLICITANTE

<b>Primer apellido</b>	<b>Segundo apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fecha nacimiento</b>
<b>Zona básica de salud</b>		<b>Unidad básica de Acción Social</b>	

## VALORACIÓN MÉDICA

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL (proceso que desencadena la incapacidad motivo de la petición):**

ENFERMEDAD PRINCIPAL	ESTADO FUNCIONAL
Aguda sin secuelas. Aguda con secuelas poco invalidantes. Crónica evolutiva lenta. Aguda con secuelas invalidantes. Crónica con evolución rápida.	Asintomático. Clínica mínima (no afectación AVD). Clínica severa (afectación AVD>50%). Encamado > 50%. Encamado el 100% del tiempo.
MINI-MENTAL EXAMEN COGNITIVO	PATOLOGIA ASOCIADA (actual)
35-30 sin afectación cognitiva. 30-20 discreta afectación cognitiva. 20-10 moderada afectación cognitiva. < 10 grave afectación cognitiva.	Obesidad > 35% del índice de masa corporal. Poliartrosis invalidante. Déficit sensorial (auditivo, visual). Accidente vascular cerebral. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Diabetes melitus. Insuficiencia cardiaca. Enfermedad vascular periférica-Úlceras presión. Insuficiencia renal. Neoplasias.

**SECUELAS:**

**ALERGIAS:**

--

**TRATAMIENTOS ACTUALES:**

--

**OBJETIVOS DE LA SOLICITUD:**

--

**OBSERVACIONES:**

--

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo.: (Nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ Número de Colegiado: \_\_\_\_\_