

## **INFORME MÉDICO**

*EFECTUADO POR:*

El/la Doctor/a D./Dña. \_\_\_\_\_

Colegiado/a en \_\_\_\_\_ con el n.º \_\_\_\_\_ que  
presta sus servicios en \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ para adjuntar a la:

### **SOLICITUD DE INGRESO EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES DE:**

D./DÑA. \_\_\_\_\_ Nac. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**AUTONOMIA PERSONAL**

**VALORACION FÍSICA**

**MOVILIDAD**

- Camina con normalidad
- Camina con dificultad
- Camina con ayuda
- En silla de ruedas o encamado

**VESTIDO**

- Se viste sin ayuda y correctamente
- Se viste sólo pero incorrectamente
- Precisa ayuda para vestirse
- Precisa ayuda siempre. Incapaz

**ALIMENTACION**

- Se alimenta correctamente y sin ayuda
- Se alimenta con la mínima ayuda
- Precisa ayuda con frecuencia
- Precisa ayuda siempre. Incapaz

**ASEO**

- Se asea con normalidad
- Se asea solo pero mal
- Precisa ayuda para el aseo
- Incapaz de asearse

**CONTINENCIA DE ESFÍNTERES**

- Continencia completa
- Incontinencia ocasional
- Incontinencia con frecuencia
- Incontinencia completa

**DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES**

- No
- Leve
- Importante
- Total

**CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE LE PERMITAN DESENVOLVERSE EN SU MEDIO**

- Las realiza sin ayuda
- Las realiza con ayuda
- Las realiza con supervisión estrecha
- Incapaz de realizarlas

**VISIÓN**

- Normal o corregida con lentes
- Ceguera total no adquirida en la vejez
- Ceguera total adquirida en la vejez

**AUDICIÓN**

- Normal
- Hipoacusia leve
- Hipoacusia moderada
- Sordera total no adquirida en la vejez
- Sordera total adquirida en la vejez

**DISNEA**

- No presenta
- Disnea de esfuerzo
- Disnea de reposo

**VALORACION PSÍQUICA**

**MEMORIA**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**COMUNICACIÓN (Capacidad de comprensión y/o expresión)**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**PERCEPCIÓN Y PENSAMIENTO (Delirios, ideas paranoides, alucinaciones)**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**AFECTIVIDAD (Ánimo depresivo, descontrol emocional)**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**TRASTORNOS DE CONDUCTA (Inquietud permanente, desinhibición sexual, agresividad, irritabilidad)**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**¿PRESENTA ENFERMEDAD O ALTERACIÓN PERMANENTE QUE LE IMPIDA TOMAR DECISIONES POR SÍ MISMO?**

- Sí
- No

**HISTORIA ACTUAL**

**CIRCULATORIO**

- Corazón: Insuficiencia \_\_\_\_\_ Arritmias \_\_\_\_\_ Isquemia (Angor \_\_\_\_\_ Infarto \_\_\_\_\_ )  
Valvulopatía \_\_\_\_\_  
Otras \_\_\_\_\_  
HTA \_\_\_\_\_
  
- Vasos: Arteriopatías \_\_\_\_\_  
Venopatías \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**RESPIRATORIO**

- Laringe \_\_\_\_\_ Catarrros frecuentes \_\_\_\_\_ EPOC \_\_\_\_\_ T.P. (Curada \_\_\_\_\_ Activa \_\_\_\_\_ )  
Otros procesos \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? (Amígdalas \_\_\_\_\_ Traqueotomía \_\_\_\_\_ Punción \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_ )

**ENDOCRINO**

- Diabetes \_\_\_\_\_ Tiroides \_\_\_\_\_  
Otras \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**DIGESTIVO**

- Boca \_\_\_\_\_  
Hernia de hiato \_\_\_\_\_ Úlcus \_\_\_\_\_ Estreñimiento \_\_\_\_\_ Diarreas \_\_\_\_\_ Incontinencia \_\_\_\_\_  
Hepatopatías \_\_\_\_\_ Colecistopatías \_\_\_\_\_ Hernia \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**GENITO-URINARIO**

- Incontinencia \_\_\_\_\_ Vejiga \_\_\_\_\_ Litiasis \_\_\_\_\_ Infecciones \_\_\_\_\_  
MUJER: Matriz \_\_\_\_\_ Vagina \_\_\_\_\_ Flujo \_\_\_\_\_ Genitales externos \_\_\_\_\_  
HOMBRE: Próstata \_\_\_\_\_ Genitales externos \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**OJOS**

- Visión \_\_\_\_\_ Gafas \_\_\_\_\_ Cataratas \_\_\_\_\_ Infecciones \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**OIDOS**

- Hipoacusia \_\_\_\_\_ (Audífono \_\_\_\_\_ ) Otras \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**LOCOMOTOR**

- Procesos reumáticos (Artritis \_\_\_\_\_ Artrosis \_\_\_\_\_ Gota \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ )  
Articulaciones más afectadas \_\_\_\_\_  
Fracturas \_\_\_\_\_ Ayudas ortopédicas \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**PIEL**

- Úlceras \_\_\_\_\_ Alteraciones sospechosas de malignidad \_\_\_\_\_  
Verrugas \_\_\_\_\_ Queratosis \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**SISTEMA NERVIOSO**

- Parálisis (zona afectada) \_\_\_\_\_ Habla \_\_\_\_\_ Mareos \_\_\_\_\_  
Neuralgias \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS. Si hay trastorno mental, especificar diagnóstico

---

---

DEMENCIAS. Si hay trastorno grave de conducta y/o afectividad, especificar tipo y control.

---

---

SANGRE

Anemia \_\_\_\_\_ Coagulopatías \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

---

---

OTROS PROCESOS

Los que por su importancia deban mencionarse, para su cuidado y atención.

---

---

HÁBITOS

Fumador \_\_\_\_\_ Bebedor \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

ALERGIAS O INTOLERANCIAS

Detallar a qué \_\_\_\_\_

---

---

PADECE ENFERMEDAD CONTAGIOSA:

SI

NO

En caso afirmativo especifíquese \_\_\_\_\_

---

---

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Procesos anteriores y tratamientos seguidos, secuelas \_\_\_\_\_

---

---

**TRATAMIENTO**

ACTUAL. Fármaco y Dosis \_\_\_\_\_

---

---

ANTERIOR (Sólo las más recientes y/o más importantes) \_\_\_\_\_

---

---

**OBSERVACIONES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma,

Fdo.: Dr./Dra. \_\_\_\_\_