



## Comunidad de Madrid

### INFORME DE CONDICIONES DE SALUD PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA (DE 0 A 3 AÑOS)

#### 1- Datos del solicitante:

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
D.N.I.:	FECHA DE NACIMIENTO:

#### 2- Antecedentes personales solo rellenar si la persona es menor de 6 meses

Peso al nacer (en gramos):

#### 3- Problemas de salud en activo, de carácter permanente o crónico, que inciden sobre la situación de dependencia del solicitante (ordenar por importancia en relación a la incidencia sobre dicha situación):

ORDEN	DIAGNOSTICOS PRINCIPALES	CIE-9 / CIE-10	FECHA
1º			
2º			
3º			

#### 4- Tratamientos que tiene prescritos actualmente (señalar los que tienen relevancia):

FARMACOLOGICOS	
PSICOTERAPEUTICOS	
REHABILITADORES	
CUIDADOS ENFERMERIA	
OTROS	

#### 5- Cuidados y medidas de soporte para funciones vitales (marcar lo que proceda con una X).

##### 1- ALIMENTACION

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica exclusiva | <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral |
| <input type="checkbox"/> Parenteral exclusiva         | <input type="checkbox"/> Parenteral complementaria de la vía oral         |
| <input type="checkbox"/> PEG exclusiva                | <input type="checkbox"/> PEG complementaria de la vía oral                |
| <input type="checkbox"/> Estoma permanente            |   |



## Comunidad de Madrid

### 2- RESPIRACION

- Respirador mecánico  Aspiración continuada  
 Oxigenación de mas de 16 horas  Monitor de apneas

### 3- FUNCION RENAL Y/O URINARIA

- Diálisis  Sondaje vesical permanente  Estoma permanente

### 4- FUNCION ANTIALGICA

- Bomba de perfusión continua  Catéter epidural permanente

### 5- FUNCION INMUNOLÓGICA

- Aislamiento  Semiaislamiento/mascarilla permanente

### 6- MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD (PARA NIÑOS DE 6 A 35 MESES)

- Fijación vertebral externa  Fijación pelvipédica  
 Fijación a la cintura pélvica  Tracción esquelética continúa  
 Prótesis /órtesis de MMII/MMSS  Vendaje compresivo (> 50% superficie corporal)  
 Casco protector  Protección lumínica permanente  
 Procesador de implante coclear

### 7- OTROS CUIDADOS

- Adaptaciones por déficit sensorial  Adaptaciones de movilidad

### **6- Otras observaciones de interés relacionadas con el estado de salud de el/la solicitante y su situación de dependencia.**

### **7- Identificación del profesional que emite el informe:**

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

Nº de Colegiado: \_\_\_\_\_

Sello y firma:

En Madrid, a        de        de 201