

RESIDENCIA DE TERCERA EDAD "JERÓNIMO ZURITA" DE MOSQUERUELA (TERUEL)

C/ Isabel Belsa, 6
44410 MOSQUERUELA (TERUEL)
residenciajerónimozurita@gmail.com

Teléfonos: 978807007
978805080
Fax Ayuntamiento: 978807008

INFORME MÉDICO

Dada la importancia que el presente informe tiene en la valoración del expediente de solicitud de ingreso y la necesidad de conocer el estado de salud y la capacidad funcional del solicitante, además del tratamiento a seguir si se produce el ingreso en la Residencia, se ruega la cumplimentación de todos los datos contenidos en el presente informe.

EMITIDO POR:	D./D. ^a	Nº Colegiado:
DE LA ENTIDAD:		
MOTIVO:	Solicitud de Ingreso en Residencia de Personas Mayores "Jerónimo Zurita".	
FECHA:		

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE	EDAD
Nº SEGURIDAD SOCIAL	POBLACIÓN	PROVINCIA

1. ANTECEDENTES PERSONALES:

Trabajo anterior a la jubilación:

--

Enfermedades familiares relevantes, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, enfermedades que ha padecido, etc.:

--

2. DIAGNÓSTICOS. LISTADO DE PROBLEMAS DE SALUD: (Todos los problemas de salud tanto activos como inactivos. Si procede: detalles, gravedad y grado funcional):

--

RESIDENCIA DE TERCERA EDAD "JERÓNIMO ZURITA" DE MOSQUERUELA (TERUEL)

C/ Isabel Belsa, 6
44410 MOSQUERUELA (TERUEL)
residenciajerónimozurita@gmail.com

Teléfonos: 978807007
978805080
Fax Ayuntamiento: 978807008

3. ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. (Rodee con un círculo lo más apropiado).

* BAÑO (Con esponja en bañera o ducha)	
Necesita ayuda _____	SI ___ NO
La necesita sólo para bañarse una parte del cuerpo _____	SI ___ NO
* VESTIDO	
Prepara las prendas y se viste sin ayuda _____	SI ___ NO
Necesita ayuda para anudarse los zapatos _____	SI ___ NO
* ASEO	
Va al cuarto de baño, usa el aseo, se arregla y regresa sin ayuda _____	SI ___ NO
Puede usar el bastón y utilizar una cuña u orinal de noche por sí mismo _____	SI ___ NO
* DESPLAZAMIENTO	
Entra y sale de la cama y la silla sin ayuda _____	SI ___ NO
* CONTINENCIA	
Controla el intestino y la vejiga totalmente _____	SI ___ NO
* ALIMENTACIÓN	
Se alimenta a sí mismo sin ayuda _____	SI ___ NO
Necesita ayuda para cortar carne y similares dificultades _____	SI ___ NO

4. a).- OTROS DATOS DE INTERÉS: En el caso de alteración, rodee con un círculo el SI y especifique en la línea continua: leve, moderada o grave, entendiéndose por grave la necesidad de una tercera persona para su relación social.

** Expresión verbal _____	SI ___ NO
** Audición _____	SI ___ NO
** Limitaciones del campo visual _____	SI ___ NO
** Movilidad _____	SI ___ NO
** Desorientación Tiempo-Espacio _____	SI ___ NO
** Descontrol emocional _____	SI ___ NO
** Trastornos de la memoria _____	SI ___ NO

5. b).- DATOS DE INTERÉS:

*** Padece enfermedad infectocontagiosa _____	SI ___ NO
*** Está con la vacuna antigripal de la última campaña _____	SI ___ NO
*** Está vacunada contra el tétanos (completamente) _____	SI ___ NO
Fecha de la última dosis: _____	

RESIDENCIA DE TERCERA EDAD "JERÓNIMO ZURITA" DE MOSQUERUELA (TERUEL)

C/ Isabel Belsa, 6
44410 MOSQUERUELA (TERUEL)
residenciajerónimozurita@gmail.com

Teléfonos: 978807007
978805080
Fax Ayuntamiento: 978807008

6. TRATAMIENTO ACTUAL: Rehabilitador, dietético, automedicación, farmacológico, en este caso nombre genérico o comercial y nº de dosis, presentación y tiempo que lo toma.

7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA MEDICACIÓN:

**** Toma la medicación en dosis correctas y en el momento indicado _____ SI ___ NO
**** Toma la medicación, si se la preparan, antes de tiempo _____ SI ___ NO
**** No puede encargarse de su medicación _____ SI ___ NO

8. OBSERVACIONES: Introduzca algún dato relevante y que no se haya descrito en los apartados anteriores.

9. DATOS DEL MÉDICO QUE FIRMA EL INFORME. Si es posible: el médico de atención primaria.

Nombre y apellidos: _____

Nº de Colegiado: _____

Centro de Salud y/o Consultorio: _____

Teléfono del Centro de trabajo: _____

En _____ a _____ de _____ de _____

EL MÉDICO:

Firmado: _____