	PG-7.5.1-02	Rev: 0
	INFORME MÉDICO	Fecha: 26/01/2006
	F-7.5.1.2-07	Pag 1 de 2

D. _____, colegiado en _____ con el número _____ y ejercicio profesional en _____.

Reconocimiento efectuado a D/ña. _____

Solicitante de ingreso en la Residencia de Ancianos de la Fundación Hospital y Santa Casa de Misericordia de Olivenza (Badajoz).

1. Padece enfermedad infecto contagiosa
2. Inmovilizado en cama, atención continua.
3. Uso de pañales.
4. Suplementos dietéticos.
5. Tensión arterial.
6. Frecuencia cardiaca.
7. Frecuencia respiratoria.


SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

AUTONOMÍA FÍSICA:

Indicar tipo de limitaciones (normal, leves, importantes o totales).

1. Extremidades superiores
2. Extremidades inferiores
3. Continencia de esfínteres
4. Vista
5. Oído

DIAGNOSTICO. Causas de las discapacidades señaladas anteriormente.

	PG-7.5.1-02	Rev: 0
	INFORME MÉDICO	Fecha: 26/01/2006
	F-7.5.1.2-07	Pag 2 de 2

ENFERMEDADES CRÓNICAS.

AUTONOMÍA PSÍQUICA.

Indicar tipo de limitaciones (normal, leves, importantes o totales).

- TRASTORNOS

1. Orientación espacio-temporal	
2. Percepción	
3. Comunicación	
4. Control emocional	
5. Memoria	
6. Conducta	

OBSERVACIONES:

_____, a ____ de _____ de 200__

Firma y sello del colegiado