XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL

ANEXO VIII-I

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	BS210A	SOLICITUDE

NÚMERO DE EXPEDIENTE Para cubrir a Administración	A.X.E: SAAD	S.X.A.D.:

1. EFECTO PARA O CAL SE SOLICITA
(sinale cunha X o que proceda)

◯ Valoración inicial ◯ Homologación ◯ Reactivación do PIA ◯ Revisión por melloría/agravamento

2. GRUPO DE IDADE Á QUE PERTENCE

◯ Menor de tres anos (de 0 a 3) ◯ A partir de 3 anos

3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

SOLICITANTE: persoa que vai ser valorada e recoñecida nunha situación de dependencia

NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | ◯ DNI ◯ NIE ◯ Pasap/outro | Nº

DATA NACEMENTO | SEXO ◯ Home ◯ Muller | NACIONALIDADE | ESTADO CIVIL ◯ Solteiro/a ◯ Casado/a ◯ Divorciado/a ◯ Viúvo/a ◯ Separado/a ◯ Outro

◯ Vive en domicilio particular ◯ Reside nun centro residencial ou sociosanitario

CALLE ONDE RESIDE HABITUALMENTE | BLOQUE | ESC. | PORTAL | PISO | PORTA | LUGAR | LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | CONCELLO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | OUTRO TELÉFONO DE CONTACTO | CORREO ELECTRÓNICO

◯ Seguridade Social ◯ MUFACE ◯ ISFAS ◯ Titular
◯ MUGEJU ◯ Outro tipo de asistencia ◯ Beneficiario/a

Nº TARXETA SANITARIA

REPRESENTANTE (achegar documento que acredite a representación, ver explicacións)

NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | ◯ DNI ◯ NIE ◯ Pasap/outro | Nº

CALLE | BLOQUE | ESC. | PORTAL | PISO | PORTA | LUGAR | LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | CONCELLO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | OUTRO TELÉFONO DE CONTACTO | CORREO ELECTRÓNICO

TIPO DE REPRESENTACIÓN

◯ REPRESENTANTE LEGAL ◯ GARDADOR DE FEITO ◯ PAI/NAI/TITOR DO MENOR (menores de 18 anos) ◯ REPRESENTANTE

TRABALLADOR/A SOCIAL (neste caso achegarase o anexo VII)

NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | ◯ DNI ◯ NIE ◯ Pasap/outro | Nº

CALLE ONDE RESIDE HABITUALMENTE | BLOQUE | ESC. | PORTAL | PISO | PORTA | LUGAR | LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | CONCELLO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | Nº COLEXIADO | CORREO ELECTRÓNICO

DOMICILIO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (cubrir solo no caso de non coincidir co domicilio do solicitante ou do seu representante)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO

CALLE ONDE RESIDE HABITUALMENTE	BLOQUE	ESC.	PORTAL	PISO	PORTA	LUGAR	LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO

4. UNIDADE DE CONVIVENCIA

(Nesta epígrafe consignaranse os datos do cónxuxe, parella de feito. Ascendentes, fillos/as menores de 25 anos ou maiores de 25 anos con discapacidade que dependan económicamente do solicitante. Deberán achegar certificado de convivencia emitido polo Concello que deberá coincidir coas persoas recollidas nesta epígrafe)

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	DNI/NIE	Data de nacemento	Parentesco	Solicitaron recoñecemento de dependencia	CERTIFICADO DE DISCAPACIDADE
						◯ SI ◯ NON	◯ SI ◯ NON
						◯ SI ◯ NON	◯ SI ◯ NON
						◯ SI ◯ NON	◯ SI ◯ NON
						◯ SI ◯ NON	◯ SI ◯ NON
						◯ SI ◯ NON	◯ SI ◯ NON
						◯ SI ◯ NON	◯ SI ◯ NON

5. DATOS SOBRE A SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

(So será necesario presentar os documentos que acrediten esta información no caso de ser emitidos fora da Comunidade Autónoma de Galicia)

Ten recoñecido o grao de discapacidade? ◯ SI ◯ NON % ____

Se a resposta é afirmativa onde se efectuou o recoñecemento: ____ ANO ____

Ten recoñecido a necesidade de asistencia de terceira persoa (ATP)? ◯ SI ◯ NON PUNTUACIÓN ____

Se a resposta é afirmativa onde se efectuou o recoñecemento: ____ ANO ____

Ten recoñecida unha incapacidade de grande invalidez? ◯ SI ◯ NON

Se a resposta é afirmativa onde se efectuou: ____ ANO ____

Ten recoñecida a situación de dependencia? ◯ SI ◯ NON PUNTUACIÓN BVD ____ GRAO ____ NIVEL ____

Se a resposta é afirmativa onde se efectuou: ____ ANO ____

Autorizo á consellería competente en materia de servizos sociais a obter de oficio os documentos que acreditan esta situación que obren no seu poder. (Cando sexan emitidos pola Comunidade Autónoma de Galicia) ◯ SI ◯ NON

6. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA

(Para cubrir por todos/as , é necesario presentar certificado de empadroamento que acredite que leva residindo máis de 5 anos en territorio español, dous dos cales deben de ser inmediatamente anteriores á data de solicitude, e que certifique que reside na Comunidade Autónoma galega)

Reside na actualidade na Comunidade Autónoma de Galicia? ◯ SI ◯ NON

Residiu sempre en territorio español? ◯ SI ◯ NON

De non residir sempre en territorio español,

Residiu legalmente en España durante cinco anos? ◯ SI ◯ NON

Destes cinco anos, foron dous inmediatamente anteriores a esta solicitude? ◯ SI ◯ NON

Se a resposta é afirmativa indique:

PERÍODOS (MES E ANO)	COMUNIDADE AUTÓNOMA	PROVINCIA	CONCELLO

É vostede emigrante español/a retornado/a? ◯ SI ◯ NON

Se a resposta é afirmativa indique a data do retorno definitivo: Día/Mes/Ano ____

7. DATOS SOBRE PRESTACIONS
(Obrigado cumprimento)

Percibe pensión de grande invalidez? ◯ SI ◯ NON

Percibe pensión non contributiva de invalidez con complemento por necesidade de terceira persoa? ◯ SI ◯ NON

Percibe subsidio por axuda de terceira persoa da LISMI? ◯ SI ◯ NON

Percibe asignación económica por fillo a cargo con complemento por necesidade de terceira persoa? ◯ SI ◯ NON

En caso afirmativo, indique o nome e apelidos do:

BENEFICIARIO | CAUSANTE

Percibe pensión do extranxeiro? ◯ SI ◯ NON

En caso afirmativo, indique:

TIPO DE PRESTACIÓN | CONTÍA ANUAL DO ANO EN CURSO (ACHEGUE CERTIFICADO BANCARIO) | Nº PAGAS

8. SERVIZOS E PROGRAMAS
(Para cubrir por todos/as beneficiarios/as)

É usuario do programa de acollemento familiar? ◯ SI ◯ NON

Se a resposta é afirmativa, quere permanecer no dito programa? ◯ SI ◯ NON

Acude a un centro de día? ◯ SI ◯ NON

Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:

DENOMINACIÓN DO CENTRO | NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE

ENDEREZO DO CENTRO | LOCALIDADE

É usuario do programa de cheque asistencial? ◯ SI ◯ NON

Está sendo vostede atendido en un centro residencial? ◯ Temporal ◯ Permanente ◯ SI ◯ NON

Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:

DENOMINACIÓN DO CENTRO | NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE

ENDEREZO DO CENTRO | LOCALIDADE

É usuario do programa de cheque asistencial? ◯ SI ◯ NON

É beneficiario do servizo de axuda no fogar? ◯ SI ◯ NON

Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:

DENOMINACIÓN DO CENTRO | NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE | LOCALIDADE

É usuario do programa de cheque asistencial? ◯ SI ◯ NON

9. EXPECTATIVA SOBRE O SERVIZO OU PRESTACIÓN QUE PODERÍA PERCIBIR
(Indique ordeándoas de maior a menor)

SERVIZOS	Orde de preferencia numérica
Teleasistencia	
Axuda no fogar	
Servizo de atención diúrna	
Servizo de atención de noite	
Servizo de atención residencial (Sinale 3 centros preferenciais) 1) 2) 3)	
Servizo de promoción da autonomía persoal	
LIBRANZAS	
Libranza vinculada a o servizo de:	
Libranza para coidados no contorno familiar	
Libranza de asistencia persoal	

10. Se as súas expectativas van encamiñadas cara a unha prestación económica, indique segundo o caso

LIBRANZA VINCULADA

PROVINCIA	CONCELLO	ENTIDADE QUE PRESTA O SERVICIO

LIBRANZA DE COIDADOS NO CONTORNO FAMILIAR

NOME E APELIDOS (persoa coidadora non profesional)	PARENTESCO	DNI/NIE

LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSOAL

NOME E APELIDOS (profesional ou entidade que presta o servizo)	DNI/NIE/CIF

Nota aclaratoria: esta información é meramente informativa, de interese para a Administración, nunca vinculante. E debe terse en conta que os servicios serán prioritarios respecto ás prestacións económicas, que terán carácter excepcional, así como as compatibilidades recollidas na lexislación que desenvolve o decreto.

11. Indique segundo o caso

O/a traballador/a social de referencia é o do seu:

○ Concello ○ Centro de saúde ○ Outros (hospital, atención especializada, etc.), especifique

12. DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE

- Que son certos os datos consignados nesta solicitude.
- Que autorizo que se realicen as verificacións e as consultas a ficheiros públicos, necesarias para acreditar os datos declarados cos que consten en poder das distintas administracións públicas competentes.
- Que quedo informado/a da obriga de comunicar á consellería competente en materia de servizos sociais calquera variación que se poida producir no sucesivo.
- Que autorizo expresamente que se solicite e subministre directamente a través de medios informáticos ou telemáticos á consellería da Administración autonómica competente na materia de servizos sociais a información de carácter tributario a que se fai referencia no decreto regulador deste procedemento.

- Autorizo á consellería da Administración autonómica competente na materia de servizos sociais, de conformidade cos artigos 2 e 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, do 7 de xullo de 2009 que o desenvolve, para a consulta dos meus datos de identidade e residencia nos sistemas de verificación de datos de identidade e residencia do Ministerio da Presidencia.

○ SI ○ NON

- Autorizo á Consellería á consulta dos datos de catastro que obran en poder da Dirección Xeral do Catastro, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

○ SI ○ NON

- No suposto en que esta solicitude se presente por medio de representante ou a través do/a traballador/a social, a certificación da veracidade dos datos consignados nesta, as autorizacións para o acceso a datos por medios propios por parte da Administración, así como as obrigas ás que se somete implican directamente á persoa interesada en nome da que se presenta esta solicitude ou ao seu representante legal, que actúan por medio destes para a presentación desta documentación.

En calidade de: ○ SOLICITANTE ○ REPRESENTANTE LEGAL ○ GARDADOR DE FEITO ○ TRABALLADOR SOCIAL

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

- Informámolo de que os datos persoais contidos nesta solicitude se integrarán nos arquivos automatizados que sobre o Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia están constituídos na Administración, sen que poidan ser empregados para finalidades distintas ou alleas ao sistema, todo isto de conformidade cos principios de protección de datos de carácter persoal establecidos na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.
- A falsidade dos datos proporcionados, así como a obtención ou uso fraudulento de prestacións poden ser constitutivos de sanción (título III da Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia).

13. DOCUMENTACIÓN PARA ADXUNTAR Á SOLICITUDE

☐ Documentos recollidos no artigo 21º do Decreto

☐ Outros documentos

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

INSTRUCCIÓNS PARA CUBRIR A SOLICITUDE

1. Para que se inicie unha revisión por empeoramento ou melloría deberase aportar (punto 1):
A solicitude, marcando este recadro, informe de condicións de saúde no modelo oficial, emitido polo facultativo do seu réxime de asistencia sanitaria, en que se acredite que se produciu un empeoramento ou melloría respecto da valoración inicialmente realizada, tendo en conta que a situación debe ter carácter permanente.
Importante: para que se tramite o procedemento de revisión por instancia de parte, debeu emitirse resolución de recoñecemento de grao e nivel.

2. Datos de identificación da persoa en situación de dependencia (punto 3):
Reflectir o domicilio habitual da persoa solicitante, tendo en conta que é o domicilio que se tomará como referencia para levar a cabo a valoración.
Se ten dobre nacionalidade, indique as dúas na epígrafe correspondente.

3. Datos do representante (punto 3):
Este punto só se cubrirá cando a solicitude a asine persoa distinta ao solicitante e que teña a condición de representante legal ou gardador de feito; neste último caso, a cumprimentación dos datos do gardador de feito na solicitude no apartado 3 (representante) xunto coa sinatura da mesma deberá servirá coma declaración ante a Administración desta circunstancia. No caso de menores de 18 anos, o representante será o pai, nai ou titor deste menor.

4. Domicilio para efectos de notificación (punto 3):
Cubrir unicamente cando se queira recibir as notificacións nun domicilio distinto ao da residencia habitual do/a solicitante, ou dirixidas a unha persoa distinta ao/á solicitante, que en todo caso deberá ser o/a representante ou gardador/a.

5. Datos de residencia en España (punto 6):
Todos os solicitantes deben indicar os períodos e lugares de residencia en territorio nacional, consignando o mes e ano de inicio e o mes e ano de finalización de residencia en cada localidade, que comprendan o período exixido de cinco anos. Se o/a solicitante é menor de cinco anos, os datos de residencia referiranse aos cumpridos por aquela persoa que exerza a garda e custodia do menor.

6. Documentación que se achega (punto 13) I:
Deberá marcar cunha X o recadro correspondente ao documento que se xunta a esta solicitude. O certificado de empadroamento debe ser histórico, de tal forma que se acredite o empadroamento actual nun municipio da Comunidade Autónoma de Galicia, a residencia en territorio español durante 5 anos e 2 inmediatamente anteriores á data desta solicitude. A validez dun certificado de empadroamento é de tres meses.
Como documentación complementaria poderase presentar: certificado de minusvalidez, recoñecemento de grande invalidez, informes médicos de especialistas, etc.
En caso de non pertencer ao réxime da Seguridade Social, deberase achegar copia da tarxeta sanitaria correspondente.

7. Documentación que se achega (punto 13) II:
Documentos recollidos no artigo 21 do decreto 15/2010, do 4 de febreiro:

- Datos de identificación e convivencia:
  - DNI/NIE do solicitante ou calquera outro documento acreditativo da súa identidade, de conformidade coa normativa vixente, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
  - Copia compulsada do libro de familia, que inclúa a folla na que apareza o nome do/a beneficiario/a, no caso de non posuír DNI, cando a persoa solicitante sexa un menor de idade.
  - Acreditación da representación que se ostenta da persoa solicitante, no seu caso, e copia compulsada do DNI/NIE do representante, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
  - DNI/NIE ou doutro documento acreditativo da súa identidade, do cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, que dependan economicamente do solicitante, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
  - Cando existan menores de idade que dependan economicamente da persoa solicitante, copia compulsada do libro de familia no caso de que estes non posúan DNI.
  - Certificado de convivencia da persoa solicitante segundo Padrón Municipal.

- Requisitos de empadroamento e residencia:
  - Certificado de empadroamento emitido polo concello correspondente que acredite a residencia nun municipio da Comunidade Autónoma no momento de presentar a solicitude, excepto nos supostos de persoas que estean sendo atendidas dentro do sistema público de servizos sociais (residencias, centro de día, axuda no fogar) da Comunidade Autónoma de Galicia, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
  - Certificado/s de empadroamento emitido polos concellos correspondentes que acrediten a residencia da persoa solicitante en España durante cinco anos, dos cales dous deberán ser inmediatamente anteriores á data da presentación da solicitude.
  - Certificado de empadroamento que acredite a residencia de quen ostente a súa representación, para o caso de menores de cinco anos.
  - Certificado emitido polo Ministerio do Interior que acredite o cumprimento dos mesmos periodos, no suposto de residentes que carezan da nacionalidade española.
  - Certificado de emigrante retornado expedido na Delegación do Goberno correspondente ou mediante a correspondente baixa Consular, no caso de ser emigrante retornado e non cumprir o requisito do período de residencia.

- Informe de condicións de saúde (estarán exentas da presentación do informe sobre as condicións de saúde as persoas solicitantes de homologación que tiveran recoñecida a necesidade de axuda de terceira persoa, cunha puntuación de 45 puntos ou máis, segundo o RD 1971/1999, do 23 de decembro, de procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade).

- Informe Social.

- Certificado de discapacidade coa puntuación de axuda de terceira persoa (ATP) cando fora emitido por outra Comunidade Autónoma, se é o caso.

- Resolución de Grao e nivel, se é o caso, cando sexa emitido por outra Comunidade Autónoma.

- Expectativa do servizo/prestación (punto 9):
  - Manifestación da persoa solicitante ou do seu representante, conforme ao punto nº 9 e 10 do Anexo da solicitude, da súa preferencia dentro do catálogo de servizos e prestacións económicas do sistema para a autonomía e atención á dependencia.
  - No caso de solicitude de prestación económica para coidados no contorno familiar, certificado de empadroamento do coidador, declaración xurada do grao de parentesco que os une ou tipo de relación se non é a filial, conforme ao punto nº 10 do modelo Anexo da solicitude, e DNI/NIE ou outro documento acreditativo da súa identidade.

- Datos económicos:
  - Declaración do Imposto da Renda das Persoas Físicas, certificado de toda clase de pensións percibidas pola persoa solicitante ou declaración xurada de non percibilas, no suposto en que non se autorice á administración para o acceso por medios propios conforme ao modelo Anexo da solicitude.
  - Declaración responsable acerca do patrimonio da persoa solicitante na que se detalle o conxunto das súas titularidades de bens e dereitos de contido económico, de xeito que quede completamente acreditada a súa situación patrimonial, conforme Anexo IX do decreto 15/2010, do 4 de febreiro.
  - Declaración do Imposto da Renda das Persoas Físicas, certificado de toda clase de pensións percibidas polo cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos/as menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, economicamente a cargo da persoa solicitante, ou declaración xurada de non percibilas, no suposto en que non se autorice á administración para o acceso por medios propios conforme ao modelo Anexo da solicitude.
  - Declaración responsable acerca do patrimonio, conforme ao modelo Anexo IX do decreto 15/2010, do 4 de febreiro, do cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos/as menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, economicamente a cargo da persoa solicitante.

- Outros documentos.

Presentación de solicitudes

A solicitude, debidamente cuberta e acompañada da documentación requirida, poderá presentarse nas oficinas de rexistro dos servizos sociais comunitarios do domicilio do solicitante, nos rexistros das Xefaturas territoriais da Consellería de Política Social. Así mesmo, caberá presentala no rexistro xeral da Xunta de Galicia ou en calquera oficina de rexistro da Administración da Comunidade Autónoma de Galicia, así como por calquera dos restantes medios establecidos no artigo 38.4º da Lei 30/1992, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, así como por medios electrónicos a través do rexistro electrónico da Xunta de Galicia segundo o disposto no decreto 198/2010, do 2 de decembro, polo que se regula o desenvolvemento da Administración electrónica na Xunta de Galicia e nas entidades dela dependentes.

LEXISLACIÓN APLICABLE

Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa Individual de Atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.
Orde do 2 de xaneiro de 2012, de desenvolvemento do Decreto 15/2010, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa Individual de Atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.

SINATURA DO / DA COMUNICANTE

, de de

XEFATURA TERRITORIAL DA CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL DE

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE TRABALLO E BENESTAR

ANEXO VIII-II

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	BS210A	INFORME DE SAÚDE

INFORME DE CONDICIÓNS DE SAÚDE

(Para o recoñecemento da situación de dependencia e acceso aos servizos e prestacións establecidos na Lei 39/2006, do 14 de decembro).

1. Solicitante (pódese substituír por etiqueta autoadhesiva)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE

DATA DE NACEMENTO	IDADE	MOTIVO DO INFORME
		◯ Solicitude inicial de recoñecemento da situación de dependencia ◯ Revisión do recoñecemento

2. No caso de nenos entre 0 e 6 meses, indique (caso afirmativo, obrigado cumprimento)

PESO NO MOMENTO DE NACER EN GRAMOS

◯ Menos de 1.100 g ◯ Entre 1.100 e 1.500 g ◯ > 1.500 e < 2.200 g ◯ Máis de 2.200 g

3. Indique os diagnósticos* das enfermidades, trastornos ou outras condicións de saúde, enfermidade mental, discapacidade intelectual ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, prolongado, crónico ou de longa duración.

	Diagnósticos (obrigado cumprimento)	Data diagnóstico (obrigado cumprimento)	Codificación		Fase evolutiva
			Clasificación	Código	
Demencias e enfermidades neurodexenerativas					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Patoloxía traumática					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Trastornos graves do comportamento					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Atraso mental/enfermidade mental/deterioración cognitiva					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.)					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica

*Poderá presentar informes médicos que complementen o modelo normalizado.

4. Indique os tratamentos actuais, medidas de soporte funcional, axudas técnicas, ortoses e próteses prescritos* (obrigado cumprimento)

Farmacolóxicos		Hixiénico/dietético	
Psicoterapéutico		Indicacións médicas de soporte terapeútico, funcional e/ou productos de apoio	

Rehabilitador ◯ Recibe ◯ Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras
◯ Non recibe ◯ Non esgotadas as posibilidades terapeúticas e/ou rehabilitadoras

Outros

5. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas (obrigado cumprimento).

☐ Oxixenoterapia	☐ Soroterapia	☐ Nutrición enteral por SNG/PEG	☐ Nutrición parental
☐ S. vesical	☐ Ostomías	☐ Absorbentes	☐ Próteses/ortoses
☐ Andador	☐ Cadeira de rodas	☐ Suxeición mecánica	
☐ Outros			

6. Indique se existe necesidade de apoio para as actividades de autocoidado (obrigado cumprimento).

◯ Leve ◯ Moderada ◯ Grave

7. Indique se entre as patoloxias descritas, algunha delas cursa en periodos (obrigado cumprimento).

PATOLOXÍA	FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO	ÚLTIMO PERÍODO DA ENFERMIDADE

8. Indique se a persoa se pode trasladar fóra do domicilio

◯ SI ◯ NON

9. Identificación do profesional que emite o informe (obrigado cumprimento).

NOME E APELIDOS	DATA DO INFORME
ORGANISMO/CENTRO DE SAUDE	Nº COLEXIADO

Sinatura **Selo**