

| | |
|----------------|-------------------------|
| A | DATOS DEL MÉDICO |
| APELLIDOS | NOMBRE |
| Nº COLEGIADO/A | |

En relación con la solicitud del servicio de "Menjar a Casa" de la persona identificada a continuación:

| | |
|-----------|--|
| B | DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE |
| APELLIDOS | NOMBRE |
| D.N.I. | |

1. DIAGNÓSTICO

2. AFECCIONES MÁS IMPORTANTES

- Diabetes
- Cardiovasculares
- Digestivas y/o hepatobiliares
- Hipertensión/Hipotensión
- Renales y vías urinarias
- Reumatológicas
- Otras

3. TIPO DE DIETA RECOMENDADA

- Saludable o normal
- De régimen
- Diabética
- Fácil masticación
- Diabética de fácil masticación

4. ATENCIONES QUE PRECISA

MOVILIDAD

- 1. Camina con normalidad
- 2. Camina con dificultad o con ayuda de un bastón
- 3. Camina con ayuda de muletas, andador, etc.
- 4. En silla de ruedas

VESTIMENTA

- 5. Se viste sin ayuda y correctamente
- 6. Se viste solo pero incorrectamente
- 7. Precisa alguna ayuda para vestirse
- 8. Incapaz de vestirse sin ayuda

ASEO

- 9. Se asea sin ayuda
- 10. Se asea solo pero incorrectamente
- 11. Precisa ayuda para asearse
- 12. Incapaz de asearse sin ayuda

ALIMENTACIÓN

- 13. Se alimenta correctamente y sin ayuda
- 14. Se alimenta correctamente con ayuda mínima
- 15. No se alimenta correctamente y precisa ayuda con frecuencia
- 16. Presenta problemas de nutrición y es incapaz de alimentarse, precisando ayuda

LIMITACIÓN VISUAL

- 17. Ninguna o leve
- 18. Moderada
- 19. Importante
- 20. Total

5. SITUACIÓN PSÍQUICA

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y EN EL ESPACIO

- 21. Completamente orientado
- 22. Desorientado ocasional
- 23. Desorientado frecuente
- 24. Completamente desorientado

TRASTORNOS EN LA MEMORIA

- 25. Ninguno
- 26. Ligeros
- 27. Moderados
- 28. Importantes

6. OBSERVACIONES DE INTERÉS

_____, de _____ de _____
Firma y sello