



ANEXO II - INFORME DE SALUD

1. Persona solicitante (se puede sustituir por una etiqueta autoadhesiva)			
1 Apellido	2 Apellido	Nombre	
Fecha Nacimiento	D.N.I.	Tarjeta Sanitaria	Sexo

2. Destaque o subraye los diagnósticos* de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, prolongado, crónico o de larga duración (condiciones y problemas):

*Se podrán adjuntar los informes médicos disponibles

3. Indique los tratamientos actuales, medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, órtesis y prótesis prescritos*:	
Farmacológicos (crónicos)	
Cuidados de enfermería	
Rehabilitador	
Ayudas técnicas	
Otros	
¿El/la interesado/a es capaz de aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas? ☐ SÍ ☐ NO	

*Se podrán adjuntar los planes de tratamientos disponibles

4. Indique si la situación de salud puede modificarse, probablemente, en los próximos seis meses:		
☐ Se mantendrá más o menos igual	☐ Mejorará	☐ Empeorará

5. Observaciones:
Aquellas de interés sobre su estado de salud en relación a su dependencia no recogidas anteriormente, realización de otros test, etc.

6. Identificación del personal facultativo emisor del informe		Fecha informe:
Nombre y apellidos:		
Organismo/Centro de Salud:	Cargo	
Firma		Sello