



C.I.F. P-5200004-I



AYUNTAMIENTOS

CONSORCIO DE SERVICIOS SOCIALES • Paseo de la Libertad, 3 Tfn: 967 524 360 • Fax: 967 219 731 • 02001 ALBACETE • Correo-e: css@dipualba.es

INFORME MÉDICO SOLICITUD SERVICIO ACOMPAÑAMIENTO PERSONAL

DATOS DEL/LA SOLICITANTE:

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

DATOS (O SELLO) DEL/LA MÉDICO/A QUE REALIZA O DA EL VISTO BUENO AL INFORME:

Nombre y apellidos:

Número colegiado/a:

Item	A.1 Personas con dependencia	GRADO 1*	GRADO 2**	GRADO 3***
I. SITUACIÓN FÍSICA				
1	Visión	1	3	5
2	Audición	1	3	5
3	Desplazamiento	1	3	5
4	Movilidad de miembros superiores	1	3	5
5	Función respiratoria	1	3	5
6	Autonomía física	1	3	5
II. SITUACIÓN PSÍQUICA				
7	Orientación temporal y espacial	1	3	5
8	Problemas de conducta	1	3	5
9	Autonomía psíquica	1	3	5
10	Valoración de riesgo	1	3	5
III. AUTOUIDADOS				
11	Vestido	1	3	5
12	Comer y beber	1	3	5
13	Aseo personal	1	3	5
14	Control de esfínteres	1	3	5

(*) DEPENDENCIA MODERADA (**) DEPENDENCIA SEVERA (***) GRAN DEPENDENCIA

DIAGNÓSTICO MÉDICO (DE INTERÉS PARA EL SERVICIO):

En, a de de 20.....

Fdo.: EL/LA FACULTATIVO/A