

**TAD 2.1
INFORME MÉDICO**

DE LA PERSONA USUARIA DE TELEASISTENCIA BÁSICA/ AVANZADA

(Se ruega sea cumplimentado por el médico de familia)

Profesional que emite el informe. Apellidos, nombre, n.º de colegiado.

Centro de Salud

Usuario/a

Nº S. Social

SEÑALAR CON X LAS ENFERMEDADES QUE PADECE:

- Enfermedad o déficit auditivos. Cuáles
- Enfermedad o déficit visuales. Cuáles
- Respiratorias. Cuáles
- Cardiovasculares. Cuáles
- Osteoarticulares (fracturas reumáticas) Cuáles
- Digestivas. Cuáles
- Endocrinas (diabetes, etc.) Cuáles
- Infecciones. Cuáles
- Alergias, si tiene.

Considera que sus aptitudes ante las diferentes actividades cotidianas son las siguientes:

(Señale con una X en el recuadro correspondiente)

VISIÓN

- VE BIEN
- DIFICULTAD AL LEER
- CEGUERA

MOVILIDAD

- SE MUEVE SOLO/A
- NECESITA AYUDA
- NECESITA ANDADORES, BASTÓN O MULETAS
- VA EN SILLA DE RUEDA

AUDICIÓN

- OYE BIEN (Con o sin Audífonos)
- HAY QUE HABLARLE FUERTE
- SORDERA

PROBLEMAS COGNITIVOS

- ESCUCHA/COMPRENDE
- ESCUCHA/NO COMPRENDE
- PROBLEMAS DE MEMORIA/DETERIORO COGNITIVO

HABLA

- BIEN
- NO SE ENTIENDE

ESTADO ANÍMICO

- SE SIENTE BIEN
- SE SIENTE SOLO/A
- ESTÁ DEPRIMIDO/A

INFORME MÉDICO

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

En a de de 20

El/La Médico de Familia

Fdo.-

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN DE BADAJOZ
Teléfono 924 248982- 924 212435.
dip.bienestar@dip-badajoz.es

Responsable	CLECE S.A
Finalidad	Gestión de usuarios en servicios sociales
Legitimación	Ejecución de un contrato, Interés legítimo, Consentimiento del interesado
Destinatarios	Se cederán datos a terceros por obligación legal o consentimiento previo.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Anexo a contrato de servicio