

ANEXO II

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA**
Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas
en situación de dependencia (B.O.E. nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

INFORME DE SALUD DE LA PERSONA

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre		Fecha Nacimiento	DNI/NIE/Pasaporte
		Sexo	
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

1.-indique los diagnósticos de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, crónico, prolongado de larga duración que presenta:

Diagnóstico	Código (*)

(*) Indique el sistema de codificación utilizado (CIE-9, CIE-10, CIAP ...)

Diagnóstico de enfermería	Código NANDA (*)

(*) Si disponible

2.-En el caso de niños entre 0 y 5 meses, indique el peso al nacimiento en gramos: _____

3.-indique los tratamientos actuales que tiene prescritos (*):

Farmacológico	
Psicoterapéutico	

Rehabilitador	
Higiénico-dietético	
Cuidados de enfermería. NIC	
Otros	

(*) Se podrán adjuntar los planes de tratamiento disponibles.

4.- Indique las medidas de soporte funcional, soporte terapéutico y/o ayudas técnicas que tiene prescritas:

--

5.- Si entre las patologías descritas, alguna cursa en brotes, indíquela:

Patología	Frecuencia en el último año

6.-Con las medidas terapéuticas adecuadas, indique si la situación actual de salud puede modificarse, probablemente, en los próximos seis meses:

Se mantendrá más o menos igual. Mejorará. Empeorará.

Informe emitido por

D/D^a Facultativo/a.

D/D^a Enfermero/a.

Dependientes del Organismo:

Sello o etiqueta adhesiva	Fecha y firma (*)

(*) Imprescindible firma del facultativo/a.