



<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">  <p style="margin: 0;">Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<h1 style="margin: 0;">Informe de salud</h1> <h2 style="margin: 0;">para el reconocimiento de la situación de dependencia y/o exclusión social</h2> <div style="background-color: #e91e63; height: 15px; width: 100%; margin: 5px 0;"></div>  <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>006</p> <p>A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p> </div>
--	---

1. Datos de identificación de la persona

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	DNI/NIF • NIE • Otro

2. Enfermedades o problemas de salud actuales que le suponen una falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial:

Diagnóstico	Fecha	Código	Estable médicamente	Recuperable	
				NO	SI, con tratamiento
Observaciones					

3. Indicación de medidas de soporte terapéutico, funcional y/o productos de apoyo prescritos:

Breve descripción	La utiliza adecuadamente		Objeto principal de intervención actual			
	SI	NO	Rehabilitar	Prevenir	Mantener	No interviene
Tratamiento farmacológico:						
Observaciones:						

4. Con las medidas terapéuticas adecuadas, indique si considera probable que la condición de salud actual de la persona pueda modificarse en los próximos 6 meses:

Se mantendrá más o menos igual Mejorará Empeorará

5. Entre las causas principales relacionadas con la aparición de dependencia, se encuentra una enfermedad mental, deterioro cognitivo o discapacidad intelectual:

SI NO

En caso afirmativo, aporte informes de especialistas certificando el diagnóstico y describiendo la situación actual de la persona en relación a la enfermedad, trastornos u otras condiciones de salud. Y si es posible, los test o pruebas que se hayan realizado para confirmar el diagnóstico o para determinar la severidad.

6. En caso de existir trastornos del comportamiento aporte información de especialista sobre la característica de los mismos.

7. Alguna patología le cursa por brotes: SI NO

En caso afirmativo, reseñar e indicar número de ellos en el último año:

8. Señale otras observaciones de interés en relación con el estado de salud de la persona que tengan que ver con la dependencia:

Informe emitido por:

Profesional

Fecha

Centro de Salud o Servicio

Teléfono

Código Postal

Municipio

Provincia/T.H.

Sello o etiqueta adhesiva

Firma y nº de Colegiado/a

Aviso Legal LOPD

Le recordamos que los datos contenidos en este informe de salud se incorporan a su expediente y que Vd. manifestó estar informado/a y facilitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos de carácter personal, mediante la firma del formulario "Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social" (anexo 012).