

**SERVIZO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA MUNICIPAL****ANEXO II - INFORME DE SAÚDE****INFORME DE SAÚDE**

Doutor/a:

Colexiado:

Centro de Traballo:

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

Nome e apelidos:

DNI:

DATOS DO ESTADO DE SAÚDE DO/A SOLICITANTE

	NON HAI PROBLEMA	PROBLEMA LIXEIRO	PROBLEMA MODERADO	PROBLEMA GRAVE	PROBLEMA COMPLETO
DISCAPACIDADE MOTORA. MOBILIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISCAPACIDADE DESTREZA MANUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISCAPACIDADE VISUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISCAPACIDADE AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSTORNO COGNITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros problemas de saúde:

Tratamento actual:

Selo e Sinatura:

Vigo,.....de.....de 201_