



Factor 1: autonomía persoal (máximo total 40 puntos).
En relación ao seguinte informe médico:

INFORME MÉDICO	
DATOS DO/A DOUTOR/A QUE FAI O RECOÑECIMENTO	
Nome e apelidos <input type="text"/>	
Colexiado nº <input type="text"/>	de <input type="text"/> médico de <input type="text"/>
<input type="text"/>	
DATOS DO SOLICITANTE DO SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR DO CONCELLO DE VILAGARCÍA	
Nome e apelidos <input type="text"/>	DNI <input type="text"/>
Data <input type="text"/>	

CAPACIDADE DE AUTONOMÍA PERSOAL

0 puntos

1 punto

2 puntos

3 puntos

A. CAPACIDADE MOTORA.

1. Erguerse	só	<input type="checkbox"/>	Só con dificultade	<input type="checkbox"/>	Con axuda	<input type="checkbox"/>	Non se ergue	<input type="checkbox"/>
2. Camiñar	só	<input type="checkbox"/>	Só con dificultade	<input type="checkbox"/>	Axuda de muletas	<input type="checkbox"/>	Non deambula	<input type="checkbox"/>
3. Axilidade manual	normal	<input type="checkbox"/>	Dificultade leve	<input type="checkbox"/>	Dificultade grave	<input type="checkbox"/>	Non pode movelas	<input type="checkbox"/>
4. Sair da casa	só	<input type="checkbox"/>	Só con dificultade	<input type="checkbox"/>	Con axuda	<input type="checkbox"/>	Non sae	<input type="checkbox"/>

B. SENTIDOS.

1. Visión	boa	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Mala	<input type="checkbox"/>	Nula	<input type="checkbox"/>
2. Audición	boa	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Mala	<input type="checkbox"/>	Nula	<input type="checkbox"/>
3. Linguaxe	Normal	<input type="checkbox"/>	Difícil de entender	<input type="checkbox"/>	Incomprens.	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>



C. CAPACIDADE PSÍQUICA.

1. Orientación espacio-temporal	Boa	<input type="checkbox"/>	Desorientación ocasional (leve)	<input type="checkbox"/>	Desorientación frecuente	<input type="checkbox"/>	Desorientación total	<input type="checkbox"/>
2. Memoria	Normal	<input type="checkbox"/>	Retén feitos recentes con dificultade	<input type="checkbox"/>	Retén só feitos antigos	<input type="checkbox"/>	Non retén ningún feito	<input type="checkbox"/>
3. Sono	Normal	<input type="checkbox"/>	Tarda en dormir	<input type="checkbox"/>	Desperta varias veces na noite e tarda en dormir.	<input type="checkbox"/>	Ten que utilizar hipnóticos	<input type="checkbox"/>
4. Conducta	Normal	<input type="checkbox"/>	Trastornos de humor	<input type="checkbox"/>	Descontrol	<input type="checkbox"/>	Agresivo	<input type="checkbox"/>

E. COIDADOS PERSONAIS./ DOMÉSTICOS

1. Capacidade de Aseo diario	SI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Capacidade realización de tarefas domésticas	SI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Control esfínteres	controla	<input type="checkbox"/>	Deficientemente	<input type="checkbox"/>	Esporádica	<input type="checkbox"/>	Non controla <input type="checkbox"/>
4. Coidados médicos	non	<input type="checkbox"/>	Normais	<input type="checkbox"/>	Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinatura e selo

VALORACIÓN DO GRAO DE AUTOVALEMENTO

A CUBRIR POLO/A TRABALLADOR/A SOCIAL

TOTAL DE PUNTUACIÓN ACADADA : _____ PUNTOS (sobre máximo de 40)