



ANEXO III. INFORME DE SAÚDE. PROGRAMA DE TELEASISTENCIA

Recoñecemento efectuado polo/a médico/a.....

Colexiado/a..... Centro de traballo

DATOS DO SOLICITANTE DE TELEASISTENCIA:

D/Dª (Nome e Apelidos)

Data de Nacemento..... DNI/Pasaporte.....

INFORMA:

Table with 6 columns: Problem Category, NON HAI PROBLEMA, PROBLEMA LIXEIRO, PROBLEMA MODERADO, PROBLEMA GRAVE, PROBLEMA COMPLETO. Rows include: DISCAPACIDADE MOTORA. MOBILIDADE, DISCAPACIDADE DESTREZA MANUAL, DISCAPACIDADE VISUAL, DISCAPACIDADE AUDITIVA, PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN, TRASTORNO COGNITIVO, TRASTORNO PSICOPATOLÓXICO, and PERSOAS MAIORES: LIMITACIÓNS MOTORAS OU SENSORIAIS POUCO DEFINIDAS.

OBSERVACIÓNS: (sinale a intensidade)

Form with checkboxes for: DESORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL (LEVE, MODERADA, GRAVE), CAÍDAS POR TRASTORNOS DO EQUILIBRIO, PERDA DE COÑECEMENTO, VÉRTIXE: (OCASIONAL, FRECUENTE, MOI FRECUENTE), DISCAPACIDADE INTELECTUAL (LEVE, MODERADA, GRAVE, PROFUNDA), OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE, and TRATAMENTO ACTUAL E/OU ALERXIAS COÑECIDAS.

SELO E SINATURA

DATA: