



ANEXO III

INFORME MEDICO ADJUNTO A LA SOLICITUD DE CONVOCATORIA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS PUNTALES DE PAGO ÚNICO (AYUDAS COMPLEMENTARIAS) PARA LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD DE LA VIVIENDA DE PERSONAS MAYORES Y/O CON DISCAPACIDAD, EJERCICIO 2026.



INFORME DE SALUD

PARA LA SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA (PERSONAS MAYORES DE 3 AÑOS)

FECHA DEL INFORME: ___ / ___ / ____	
DATOS DEL PACIENTE	DATOS DEL MÉDICO
Nombre:	Médico de referencia:
Apellidos:	Especialidad:
Edad:	Centro:
DNI:	Dirección:
CIPA:	Población – CP: Teléfono:
Dirección:	
Población – CP: Teléfono:	

MOTIVO DEL INFORME:

- SOLICITUD INICIAL para el reconocimiento de situación de dependencia
 REVISIÓN DEL RECONOCIMIENTO por aparición de nuevas secuelas o por agravamiento o mejoría de las condiciones de salud previas

DIAGNÓSTICOS: Indique los diagnósticos (CIE-10) de las principales enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud que afecten actualmente al desempeño de las actividades de la vida diaria (AVDs)

Diagnóstico Principal (al menos 1):

Fecha de inicio	Diagnóstico/problema de salud	Código CIE-10 ¹	Fase de evolución ²	Nº brotes en el último año ³

Otros diagnósticos relacionados con la situación de dependencia:

Fecha de inicio	Diagnóstico/problema de salud	Código CIE-10 ¹	Fase de evolución ²	Nº brotes en el último año ³

¹ Códigos CIE-10: https://edemeps.mscis.gob.es/edemeps/browse/index_10_mc.html

² Valores posibles: Insignificante, Leve, Moderado, Grave, Total

³ En el caso de que la enfermedad curse por brotes

- Adjunto Historia Clínica resumida y/o Informes médicos adicionales

CARACTERÍSTICAS RELEVANTES

<input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> Limitaciones sensoriales
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental crónica	<input type="checkbox"/> Sordo-ceguera
<input type="checkbox"/> Trastornos graves del comportamiento	<input type="checkbox"/> Enfermedad rara
<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Pluripatología crónica
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Inmovilizado (vida cama/sillón)
<input type="checkbox"/> Otras características relevantes.....	

SITUACIÓN ACTUAL*

Se encuentra en situación basal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Se encuentra Hospitalizado ²	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Hospital:
Se encuentra Institucionalizado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Centro:



*La valoración del reconocimiento de la dependencia debe realizarse en situación basal. En caso de que se encontrara hospitalizado se deberá incorporar el Informe de alta hospitalaria (requisito indispensable y obligatorio).

TRATAMIENTOS Y CUIDADOS QUE TIENE PRESCRITOS ACTUALMENTE *

Farmacológicos:	
Psicoterapéuticos:	
Rehabilitadores: <input type="checkbox"/> No recibe <input type="checkbox"/> Recibe	<input type="checkbox"/> Agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras <input type="checkbox"/> No agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras
Cuidados enfermería:	
Medidas de soporte vital / funcional: <input type="checkbox"/> Prótesis/ órtesis <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Absorbentes <input type="checkbox"/> Sonda vesical	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Ostomías <input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG <input type="checkbox"/> Nutrición parental <input type="checkbox"/> Sujeción mecánica <input type="checkbox"/> Otros.....

Indique los tratamientos actuales, medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, órtesis y prótesis prescritos

ESTADO DE SALUD ACTUAL Y NECESIDADES DE APOYO

Describe brevemente el estado de salud de la persona solicitante y su necesidad de apoyo para las Actividades de la vida diaria (AVDs)

En caso de que sea una solicitud de revisión por agravamiento, describa brevemente en qué consiste el empeoramiento o mejoría del estado de salud del solicitante respecto a la valoración anterior de dependencia que justifique dicha revisión.

PRONÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

- Probable mejoría en menos de 6 meses
- Probable mejoría en más de 6 meses
- Situación indefinida

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE EL INFORME:

Dr / Dra: _____

Nº de Colegiado: _____

Fecha del Informe: _____

Sello y firma: