

### ANEXO III

## INFORME MEDICO ADJUNTO A LA SOLICITUD DE CONVOCATORIA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS PUNTUALES 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: ___/___/___	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>	<b>DATOS DEL MÉDICO</b>
Nombre:	Médico de referencia:
Apellidos:	Especialidad:
Edad:	Centro:
DNI:	Dirección:
CIPA:	Población – CP:
Dirección:	Teléfono:
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 <sup>1</sup>	Fase de evolución <sup>2</sup>	Nº brotes en el último año <sup>3</sup>

#### Otros diagnósticos relacionados con la situación de dependencia:

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

<sup>1</sup> Códigos CIE 10: [https://icd10emss.mscis.gob.es/icd10emss/browse/index\\_10\\_mc.html](https://icd10emss.mscis.gob.es/icd10emss/browse/index_10_mc.html)

<sup>2</sup> Valores posibles: Insignificante, Leve, Moderado, Grave, Total

<sup>3</sup> 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*	<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"/> Agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras
<input type="checkbox"/> No recibe	<input type="checkbox"/> No agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras
<input type="checkbox"/> Recibe	
Cuidados enfermería:	
Medidas de soporte vital / funcional:	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia
<input type="checkbox"/> Prótesis/ órtesis	<input type="checkbox"/> Ostomías
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Nutrición parental
<input type="checkbox"/> Absorbentes	<input type="checkbox"/> Sujeción mecánica
<input type="checkbox"/> Sonda vesical	<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: