



INSTITUTO MUNICIPAL DE
SERVICIOS SOCIALES

C/ San Lorenzo, 25
06002 Badajoz
Telef: 924-210220

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Bienestar Social

INFORME MEDICO

Informe emitido por D/Dña. _____ Licenciado/a en
Medicina y Cirugía, Colegiado/a con el nº _____, sobre la situación de autonomía personal que presenta
el/la paciente D/Dña. _____

SITUACIÓN AUTONOMÍA

	AUTONOMÍA TOTAL	LIMITACIÓN MODERADA	LIMITACIÓN GRAVE	DEPENDENCIA TOTAL
Actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, lavar, planchar, manejar dinero etc.)				
Relaciones con el entorno (hacer compras, gestiones, utilizar medios de transporte, etc.)				
Cuidados personales básicos (aseo personal, levantarse/acostarse, vestirse, incontinencias etc.)				

Enfermedades infecto-contagiosas _____

Diagnóstico _____

Minusvalías: _____

Físicas _____

Psíquicas _____

Sensoriales _____

Medicación _____

y para que conste donde a efectos de solicitud de ayuda a domicilio/Teleasistencia Domiciliaria, expido el
presente informe en, _____ a _____ de _____ de 2.00__

Firma