



INFORME MÉDICO SOLICITUD DE AYUDA A DOMICILIO

Informe emitido por el Dr./a _____
Colegiado nº _____ de _____ Médico de _____
al solicitante de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Mérida:
D./a _____ de _____ de
edad.

SITUACIÓN DE AUTONOMÍA

	AUTONOMÍA TOTAL	LIMITACIONES LIGERAS	LIMITACIONES SEVERAS	DEPENDENCIA TOTAL
Comida / bebida				
Vestirse / desnudarse				
Lavarse / arreglarse				
Ducharse / bañarse				
Control esfínteres / uso WC				
Desplazamiento en vivienda				
Relación con el entorno				
Capacidad de autoprotección				
Conducta social				
Labores del hogar				

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS Y OBSERVACIONES:

En Mérida, a _____ de _____ de 20____

Fdo.: _____