

**ANEXO I AL DECRETO 144/2011, DE 28 DE JUNIO****FICHA SANITARIA A CUMPLIMENTAR PARA EL ALTA EN EL SERVICIO PÚBLICO
DE TELEASISTENCIA****DATOS DEL/A MÉDICO/A**Informe realizado por el/la médico/a

Colegiado/a en _____

Con el número _____

DATOS DE LA PERSONA INTERESADANombre y apellidos de la persona solicitante del servicio

DNI / NIE

PROBLEMAS DE SALUD MÁS IMPORTANTES

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Observaciones

MEDICACIÓN HABITUAL

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Observaciones

DEAMBULACIÓN

- Sólo/a
- Sólo/a con producto de apoyo
 - Con bastón
 - Con andador
 - Con silla de ruedas
- Ayudado/a por otra persona
- Encamamiento

CAPACIDAD COGNITIVA

- Normal
- Deterioro cognitivo leve-moderado
- Deterioro cognitivo grave-muy grave

SENTIDOS

VISIÓN

- Normal o déficit leve
- Déficit moderado o grave con adaptación
- Déficit total

AUDICIÓN

- Normal o déficit leve
- Déficit moderado o grave con adaptación
- Déficit total

LENGUAJE

- Normal o déficit leve
- Déficit moderado o grave con adaptación
- Déficit total

Observaciones

En _____, a _____

Firma del médico o de la médica