

6. SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN.

DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presenta solicitud, así como en la documentación que se adjunta. La falsedad de los datos declarados o de la documentación aportada para la acreditación de las circunstancias determinantes de los criterios de valoración, conllevará la exclusión de la solicitud o del programa, sin perjuicio de la exigencia de las responsabilidades de otro orden que que se hubiera podido incurrir, y **SOLICITO** lo interesado.

AUTORIZO la comunicación de datos de carácter personal a otros Órganos, Administraciones Públicas o Entidades Colaboradoras, para el ejercicio de las competencias que versen sobre materias propias o distintas a las que se refiere la presente solicitud.

En.....a.....de.....de.....
El/la solicitante o Representante legal.

Fdo.:

En, a.....de.....de....., se ha presentado solicitud de D./D^a..... para el acceso al programa de atención a personas mayores en situación de dependencia, en el Centro

Fdo.: Representante del Centro/Sello

Nota: A entregar al/ la solicitante en el momento de la presentación de la solicitud.

INFORME MÉDICO ANEXO A LA SOLICITUD

(A cumplimentar por el/la médico de Atención Primaria o Especializada que atiende a el/la solicitante)

1. Actividades básicas de la vida diaria

	Autónomo	Con Ayuda	Dependiente
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse/desvestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso del WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir/bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferencia silla-cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación

2. Funciones de adaptación personal y social

	Optima	Con Ayuda	Dependiente
Orientación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicación y lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento psíquico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación

3. Cuidados especiales que precisa

4. Observaciones

En.....a.....de.....de.....
El/la Profesional

Fdo.:

NOTA: Los espacios con fondo gris no deben de ser rellenados.