



AYUNTAMIENTO DE
VILLAVICIOSA

SOLICITUD DE PLAZA EN CENTRO RURAL DE APOYO DIURNO DE VENTA LES RANES

RECONOCIMIENTO MÉDICO EFECTUADO POR:	
COLEGIADO/A NÚMERO	
A D./D ^a	
CON NÚMERO DE HISTORIA	

1. ¿Padece enfermedades crónicas?

SI (*especificar*) NO

1.a.- ¿Requiere algún tratamiento o cuidado complejo por esta causa?

SI (*especificar*) NO

1.b. Requiere dieta especial?

SI (*especificar*) NO

1.c.- ¿Está incluido en algún protocolo de seguimiento por el Centro de Salud?

SI (*especificar*) NO

1.d.- ¿Es insulino – dependiente?

SI NO

1.e.- ¿Precisa cuidados de emergencia, de forma periódica o prolongada?

SI (*especificar*) NO

2.- ¿Padece de síndrome de inestabilidad?

SI (*especificar*) NO

3.- ¿Se encuentra inmovilizado de forma indefinida?

SI (*especificar*) NO
 En cama En silla de ruedas

4.- ¿Padece de incontinencia de esfínteres?

SI (*especificar*) NO

5.- ¿Tiene colostomía, sondas permanentes o alguna otra servidumbre técnica o mecánica que requiera vigilancia especial?

SI (*especificar*) NO

6.- ¿Tiene limitaciones sensoriales definitivas?

SI (*especificar*) NO

7.- ¿Tiene limitaciones motoras definitivas?

SI (*especificar*) NO

8.- ¿Tiene hábitos tóxicos o dependencias crónicas?

SI (*especificar*) NO

FECHA	FIRMA Y SELLO