

INFORME DE SALUD

Solicitud de Valoración de Discapacidad

Nombre y Apellidos:

Fecha de emisión del Informe:

Indique los **diagnósticos** (CIE-10, CDIAP-2) de las principales enfermedades, trastornos u otras **condiciones de salud relacionadas** con la **discapacidad** de la persona:

Diagnóstico Principal (al menos 1):

Otros diagnósticos relacionados con la discapacidad:

Indique los **tratamientos actuales** que tiene prescritos:

Indique el **tipo/s de Deficiencia/s** que presenta:

- Física.
- Sensorial.
- Mental. En este caso indique el tipo de Deficiencia:
 - Trastorno Mental (en tratamiento en Salud Mental/Psiquiatría).
 - Discapacidad Intelectual.
 - Cognitivas (Demencia, memoria, funciones ejecutivas...)
 - Lenguaje (afasia...).
- Otras (especificar):

¿Las deficiencias y situación funcional que presenta son **permanentes**?

- Sí
- No. En este caso, indicar las medidas terapéuticas y/o rehabilitadoras que está recibiendo la persona.

Fdo: Profesional de salud

Nº Colegiación: