

INFORME DE SALUD

Para solicitud de prestaciones sociales para **niños de 0 a 35 meses**

Fecha:	Nombre y Apellidos del niño/a:
Pediatra de referencia:	Fecha nacimiento:
CIAS:	CIP:
Centro de salud/Hospital:	Nombre y apellidos de los padres/tutores:
Tfno.:	Dirección (calle, nº, piso, letra, Población, CP):

Antecedentes Personales	Tfno.:
Peso al nacer: gramos	

Situación de salud y problemas en el desarrollo psicomotor:				
Fecha inicio	Problema de salud	CIE10*	Evolución	Brotos último mes

Tratamientos farmacológicos y otras medidas terapéuticas (higiénico-dietético, rehabilitador...)

Motivo de derivación a Atención Temprana e información relevante

Cuidados: Medidas de soporte para funciones vitales (para niños de 0 a 35 meses)	
<p>Alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica exclusiva <input type="checkbox"/> Parenteral exclusiva <input type="checkbox"/> Alimentación por estoma <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica complementaria vía oral <input type="checkbox"/> Parenteral complementaria de la vía oral <input type="checkbox"/> Estoma eferente <p>Respiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respiración mecánico <input type="checkbox"/> Monitor permanente de apneas <input type="checkbox"/> Aspiración continuada <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia permanente (más de 16 h) <p>Función Renal y/o Urinaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Sondaje vesical permanente <input type="checkbox"/> Estoma urinario 	<p>Función Antiálgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bomba de perfusión <input type="checkbox"/> Catéter epidural permanente <p>Función Inmunológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aislamiento <input type="checkbox"/> Semiaislamiento/mascarilla permanente <p>Medidas para la Movilidad (niños entre 6 y 35 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fijación vertebral externa <input type="checkbox"/> Fijación pelvipedica <input type="checkbox"/> Fijación de la cintura pélvica <input type="checkbox"/> Tracción esquelética continua <input type="checkbox"/> Prótesis/ortesis de miembro superior y/o Inferior (especificar nº de medidas): <input type="checkbox"/> Casco protector <input type="checkbox"/> Vendaje corporal <input type="checkbox"/> Protección lumínica permanente <input type="checkbox"/> Procesador de implante coclear <input type="checkbox"/> Bomba de insulina

Firma