



**Servizos Sociais**

CONCELLO DE GUITIRIZ  
Rúa do Concello, 4 - 27300 Guitiriz  
Tfno: 982 370109 - Fax: 982 372178

ANEXO I

**SOLICITUDE DE PRAZA**  
**CENTRO DE DÍA**

A) DATOS DO SOLICITANTE:

APELI DOS: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
ENDEREZO: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
DATA DE NACEMENTO. \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
E.C. \_\_\_\_\_.

SOLICITA A PRAZA:

PARA SÍ.       PARA OUTRO.

B) DATOS DA PERSOA PARA A QUE SOLICITA A PRAZA:

APELI DOS: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
ENDEREZO: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
DATA DE NACEMENTO. \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
E.C. \_\_\_\_\_ RELACIÓN CO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_.

C) DESCRIPCIÓN DA DEMANDA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

En Guitiriz, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Asdo: \_\_\_\_\_.

Sra. Alcaldesa -Presidenta do Concello de Guitiriz



Servizos Sociais

CONCELLO DE GUITIRIZ  
Rúa do Concello, 4 - 27300 Guitiriz  
Tfno: 982 370109 - Fax: 982 372178

ANEXO II

**INFORME MÉDICO**

Recoñecemento efectuado polo Doutor/a \_\_\_\_\_  
Col. nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ médico de \_\_\_\_\_ ó solicitante de  
Centro de Día \_\_\_\_\_.

Data recoñecemento      DÍA      MES      ANO  
           

Padece enfermidade infecto-contaxiosa activa	SI	NON
Encóntrase inmovilizado na cama, necesitando coidados médicos de forma permanente	SI	NON
Presenta trastornos psíquicos graves que que poidan producir alteracións na convivencia	SI	NON

SITUACIÓN FÍSICA	SOLICITANTE
Válese por sí mesmo, no seu aspecto físico, para o desenrolo das ABVD.(Indicar: 1-Si; 2-Non).	
Limitacións no campo visual e/ou auditivo.(Indicar: 1-Leves; 2-Importantes; 3-Totais).	
Incontinencia vesical:(Indicar: 1-Continente; 2-Ocasionalmente incontinente; 3-Frecuentemente incontinente; 4 -Incontinente). Especificar uso de : a)Cueiros; b)Sondas.	
Incontinencia intestinal:(Indicar: 1-Continente; 2-Ocasionalmente incontinente; 3-Frecuentemente incontinente; 4 -Incontinente).	
Dificultade do manexo das extremidades superiores.(Indicar: 1-Leve; 2-Importante; 3-Total).	
Dificultade do manexo das extremidades inferiores.(Indicar: 1-Leve; 2-Importante; 3-Total). Especificar uso de: a)Bastón; b)Andador; c)Silla de rodas.	
Dificultade respiratoria.(Indicar: 1-Leve; 2-De moderada a severa).	
Úlceras por presión: (Indicar: 1- Non hai úlceras; 2- Arroibamento persistente da pel, sen ruptura; 3- Perda parcial das capas da pel; 4- perda total da pel; 5- Perda total da pel e do tecido subcutáneo).	

SITUACIÓN PSÍQUICA	SOLICITANTE
Válese por sí mesmo, no seu aspecto psíquico, para o desenrolo das ABVD.(Indicar: 1-Si; 2-Non).	
Desorientación tempo-espacial:Indicar se ten trastornos: (1-Leves ou de forma esporádica; 2-Importantes ou de forma habitual; 3-Desorientación total).	
Alteracións da percepción.(Indicar se son: 1-Leves; 2-Moderadas; 3-Importantes).	
Incoherencias na comunicación.(Indicar se son: 1-Lixeiras; 2-Frecuentes; 3-Totais).	
Descontrol emocional.(Indicar se é: 1-Lixeiro; 2-Importante; 3-Total).	
Trastornos da memoria.(Indicar si son: 1-Leves; 2-Moderados; 3-Graves).	
Trastornos da conducta.(Indicar se son: 1-Leves; 2-Moderados; 3-Graves).	

OBSERVACIÓNS (Explicar, no caso de que se considere oportuno, a patoloxía actual, incluíndo diagnóstico, tratamento e dietas especiais ):

En Guitiriz, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Sinatura,