



Valoración de Discapacidad INFORME BIOMÉDICO FUNCIONAL

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA EN EVALUACIÓN				
1.1 Cédula de Identidad				
1.2 Nombres				
1.3 Apellidos				
1.4 Edad	Años		Meses	
1.5 Fecha de nacimiento ¹	/ /			
1.6 Sexo al nacer	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer	<input type="radio"/> Indefinido	
1.7 Género	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer	<input type="radio"/> Varón Trans	
	<input type="radio"/> Mujer Trans	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> No sabe/No contesta	

Página | 1

2. DATOS DE CONTACTO	
Departamento	
Ciudad	
Dirección	
Teléfono de contacto	<input type="radio"/> No disponible
Correo electrónico	<input type="radio"/> No disponible

3. SITUACIÓN DE SALUD Y DISCAPACIDAD	
Origen de la discapacidad	<input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/> Físico ² <input type="checkbox"/> Intelectual
	<input type="checkbox"/> Psicosocial/Psíquico <input type="checkbox"/> Visual
Diagnóstico ³	
Fecha de inicio SdD ⁴	/ /

¹ dd/mm/aaaa.

² Incluye la categoría Visceral definida por la CIF.

³ Consignar sólo los que afectan el funcionamiento.

⁴ Situación de Discapacidad.



3. SITUACIÓN DE SALUD Y DISCAPACIDAD (2)	
Áreas en que repercute	<input type="checkbox"/> Comunicación e interacción social.
	<input type="checkbox"/> Interacción social familiar.
	<input type="checkbox"/> Interacción social comunitaria.
	<input type="checkbox"/> Habilidades laborales.
	<input type="checkbox"/> Dificultades del aprendizaje, memoria y en otras funciones cognitivas como la atención, concentración, etc.
	<input type="checkbox"/> Flexibilidad del pensamiento y de la conducta.
	<input type="checkbox"/> Desplazamiento
	<input type="checkbox"/> Sensoriales (integración sensorial, auditiva, visual).
	<input type="checkbox"/> Otras:
Evolución proyectada	<input type="radio"/> Estable
	<input type="radio"/> Progresivo
	<input type="radio"/> Por empuje
Áreas actuales de intervención ⁵	<input type="checkbox"/> Apoyo pedagógico
	<input type="checkbox"/> Equino terapia
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia
	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología
	<input type="checkbox"/> Neurología
	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología
	<input type="checkbox"/> Psicología
	<input type="checkbox"/> Psicomotricidad
	<input type="checkbox"/> Psiquiatría

⁵ Vigentes los últimos 90 días.



3. SITUACIÓN DE SALUD Y DISCAPACIDAD (3)

Áreas en intervención (continuación)	<input type="checkbox"/> Rehabilitación psicosocial
	<input type="checkbox"/> Rehabilitación visual
	<input type="checkbox"/> Rehabilitación y Medicina física
	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional
	<input type="checkbox"/> Diálisis
	<input type="checkbox"/> Otras especialidades:
	<input type="checkbox"/> Analgésicos
	<input type="checkbox"/> Ansiolíticos
	<input type="checkbox"/> Antidepresivos
	<input type="checkbox"/> Reguladores de glucemia
	<input type="checkbox"/> Antipsicóticos
	<input type="checkbox"/> Reguladores del humor
	<input type="checkbox"/> Corticoides
	<input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes
	<input type="checkbox"/> Anti parkinsonianos
	<input type="checkbox"/> Otro (especificar):
	Ayudas Técnicas, productos de asistencia, adaptaciones y apoyo de terceros.
<input type="checkbox"/> Utiliza perro de asistencia	
<input type="checkbox"/> Movilidad	
<input type="checkbox"/> Visión	



3. SITUACIÓN DE SALUD Y DISCAPACIDAD (4)

Ayudas Técnicas, productos de asistencia, adaptaciones y apoyo de terceros.	<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Cancelación de sonido
	<input type="checkbox"/> Comunicación	
	<input type="checkbox"/> Cognición	
	<input type="checkbox"/> Entorno	
	<input type="checkbox"/> Ropa compresiva	<input type="checkbox"/> Tratamiento cicatrices
	<input type="checkbox"/> Elementos de apoyo modulación sensorial	
	<input type="checkbox"/> No emplea o no tiene	
¿Requiere asistencia para responder?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Requiere intérprete de señas para responder?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Requiere ayuda técnica para responder?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Cuál o cuáles?		

4. CONTACTOS DE SALUD

Nombres	
Apellidos	
Profesión	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Nombres	
Apellidos	
Profesión	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	



3. COMENTARIOS

4. PROFESIONAL RESPONSABLE DEL INFORME BMF

Cédula de identidad	
Nombres	
Apellidos	
Número de Caja Profesional	
Profesión	<input type="radio"/> Médico especialista en Rehabilitación y Medicina Física
	<input type="radio"/> Médico especialista en Psiquiatría
	<input type="radio"/> Médico especialista en Otorrinolaringología
	<input type="radio"/> Médico especialista en Neurología
	<input type="radio"/> Médico especialista en Salud Familiar
	<input type="radio"/> Psicólogo/a
	<input type="radio"/> Fisioterapeuta
	<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional
	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo/a
	<input type="radio"/> Enfermera universitaria ⁶
Institución	<input type="radio"/> Ejercicio privado ⁷
Correo electrónico	<input type="radio"/> No disponible
Teléfono de contacto	<input type="radio"/> No disponible
Fecha de informe	/ /
Firma y Sello (Contrafirma)	

⁶ Acreditada para completar el presente formulario.

⁷ En el caso de que el informe sea realizado en ese contexto.