

**INFORMACION
CONFIDENCIAL**



IOM International Organization for Migration
OIM Organisation Internationale pour les Migrations
OIM Organización Internacional para las Migraciones

No. de expediente

Solicitud:

Retorno (PF):

ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

APELLIDO, primer y segundo nombre:

Edad:

Sexo:

Nacionalidad:

Actividades básicas	Por sí mismo	Necesita asistencia	No apto para hacerlo por sí mismo
a. Bañarse			
b. Vestirse			
c. Moverse			
d. Ir al baño			
e. Comer			

Actividades instrumentales	Independiente	Necesita asistencia	No apto para hacerlo por sí mismo
a. Tomar medicamentos			
b. Utilizar aparatos para comunicar			
c. Comprar de comer			
e. Prepararse de comer			
f. Ocuparse de la casa			
g. Utilizar medios de transporte			

Otros comentarios

--

Indicar el tipo de discapacidad (marque con una X)	
Presenta una discapacidad mental/psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
Presenta una discapacidad motora/física	<input type="checkbox"/>
Presenta una discapacidad en el aparato sensorial (visual, auditiva)	<input type="checkbox"/>

Indicar el grado de dificultad	
Leve: tiene un grado de dificultad generalizado pero desarrolla las actividades de manera independiente	<input type="checkbox"/>
Moderado: necesita asistencia para la realización de algunas actividades	<input type="checkbox"/>
Severo: las capacidades son muy restringidas, la persona requiere asistencia y supervisión constantemente	<input type="checkbox"/>

Nombre completo del especialista en salud

Fecha y lugar

Firma del especialista en salud
