

**Identificación** ..... **Fecha** .....

**1.- PERIODO CUBIERTO POR LA VALORACIÓN:**

Actual    
 Último mes    
 Último año    
 Otro periodo

**2.- ÁREAS ESPECÍFICAS DE FUNCIONAMIENTO**

	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>Ayuda</u>
Cuidado personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funcionamiento ocupacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funcionamiento familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funcionamiento en el contexto social amplio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3.- DURACIÓN TOTAL DE LA DISCAPACIDAD:**

Menos de un año    
 Un año o más    
 Desconocida

**4.- CAPACIDADES ESPECÍFICAS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TOTAL:

CUIDADO PERSONAL:       FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL:

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:       FUNCIONAMIENTO SOCIAL: