

INFORME MEDICO PARA ACCESO AL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

Informe emitido por el Dr. D. _____

Colegiado número _____ Centro de Salud. _____ Especialidad: _____

Nombre del paciente: _____ DNI/ NIE _____

DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIAS/ AFECCIONES (MARQUE CON UN "X" LA ENFERMEDAD QUE PADECE EL PACIENTE)**a) PULMONAR**

Bronquitis crónica _____ Asma Enfisema _____ Bronquiectasia _____ Oxigenoterapia _____ Tuberculosis _____

b) OSTEOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVOOsteoporosis _____ Artrosis _____ Espondilosis y trastornos afines _____ Artritis reumatoide _____ Fractura de fémur _____
Fractura de cadera _____**c) PSIQUIÁTRICO / ESTADO DE ÁNIMO**

Depresión _____ Esquizofrenia _____ Psicosis maniaco-depresiva _____ Trastornos neuróticos _____

d) CIRCULACIÓNInsuficiencia cardiaca _____ Cardiopatía isquémica _____ Alteraciones del ritmo cardíaco _____ Hipertensión arterial _____
Multiinfarto cerebral _____ ACV _____ TIA _____ Arteriopatías periféricas _____ Trastornos venosos periféricos _____
Marcapasos _____ Toma anticoagulantes Indicar cual: _____**e) NEUROLÓGICO**

Enfermedad de Alzheimer _____ Otras demencias _____ Esclerosis múltiple _____ Enfermedad de Parkinson _____

f) OTROSDiabetes _____ Insulinodependiente _____ Hepatitis vírica _____ Hipertiroidismo _____ Hipotiroidismo _____ Dislipemia _____
Anemia _____ Insuficiencia renal crónica _____ Hiperplasia de próstata _____ Hernia de hiato _____ Úlcera gástrica _____
Cataratas _____ Glaucoma _____ Enolismo crónico _____ Infección por VIH _____ Alimentación parenteral _____ Padece
enfermedad infecto-contagiosa. Indicar: _____**g) OTROS. INDICAR: PROBLEMAS DE SALUD**Caídas frecuentes _____ Pérdida de peso superior al 10% en 6 meses _____ Obesidad _____ Disnea en reposo _____
Vértigo _____ Agitación psicomotora _____ Alteración del ritmo de sueño _____ Incontinencia Sonda _____ Dolor agudo _____
Dolor osteoarticular crónico _____ Déficit visual _____ Déficit auditivo. _____ Especificar: Ligero _____ Serio _____
Grave Profundo Total _____**h) OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES:****ALERGIAS. ESPECIFICAR:** _____

Fecha y Firma del Facultativo

*** ADJUNTAR HOJA DE MEDICACIÓN ACTIVA EN SU CASO****ANEXO V. REGLAMENTO REGULADOR DE LA CONCESIÓN Y USO DE LA TARJETA DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD****INTRODUCCIÓN**

El artículo 49 de la Constitución Española reconoce a las personas con discapacidad física o psíquica o sensoriales para su completa realización personal y su total integración social la asistencia y tutela necesaria.

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de promoción del minusválido, desarrolló este artículo de la Constitución disponiendo en su artículo 3 que los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos al colectivo aludido, disponiendo en el apartado segundo del referido artículo que estarán obligados a participar