

ANEXO 2: INFORME MEDICO. TELEASISTENCIA

EFECTUADO POR EL/LA DOCTOR/A D.D. ^a			
CENTRO DONDE PRESTA SERVICIO: _____			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	LOCALIDAD: _____		TLF: _____
	S.E.D.U.: _____		TLF: _____
	NOMBRE USUARIO: _____		
SELLO, FIRMA, Nº COLEGIADO			
N.S.S.:		COMPañÍA PRIVADA(SI PROCEDE): <input type="checkbox"/>	
CIRCULATORIO(CORAZON Y VASOS)		RESPIRATORIO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	VENOPATIAS (VARICES)	CATARROS FRECUENTES	E. PULMONAR OBSTRUCTIVA (EPOC)
ISQUEMIA (ANGOR O INFARTO)	ARRITMIAS	ASMA BRONQUIAL	TUBERCULOSIS PULMONAR
MARCAPASOS	VALVULOPATIA		
ENDOCRINO		DIGESTIVO	
DIABETES	INSULINO/DEPENDIENTE	HERNIA	ULCERA
TIROIDES <input type="checkbox"/>	OTRAS	CIRROSIS	CÁLCULOS EN VESÍCULA <input type="checkbox"/>
GENITO-URINARIO		OJOS/OIDO	
VEJIGA	PRÓSTATA	INVIDENTE	DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN
CÁLCULOS RENALES <input type="checkbox"/>	OTRAS <input type="checkbox"/>	SORDERA TOTAL <input type="checkbox"/>	DISMINUCIÓN AUDITIVA
LOCOMOTOR		NEUROS/PSICOLOGICOS	
ARTROSIS	COLUMNA	PARÁLISIS	TRASTORNOS DEL LENGUAJE
REUMATISMO	CIÁTICA	ACCIDENTE CEREBRAL	ALZHEIMER
FRACTURA DE FÉMUR	FRACTURA DE CADERA	DEMENCIA EPILEPSIA	DEPRESIÓN
OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES DE INTERÉS: _____			

ENFERMO CRÓNICO (ASISTENCIA A DOMICILIO), INDICAR CUAL:			
MEDICACIÓN Y DOSIFICACIÓN			
SONDA: _____		OXIGENOTERAPIA: _____	
ALIMENTACIÓN PARENTERAL: _____			
OTROS: _____			
PERIODO DE TRATAMIENTO: _____			

A RELLENAR POR EL FACULTATIVO