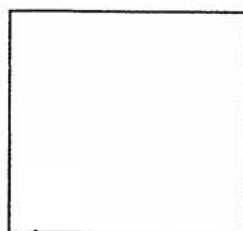


ANEXO 2: INFORME MEDICO. TELEASISTENCIA**NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO/A:****EFFECTUADO POR EL DOCTOR/A:****CENTRO DE SALUD:****TELEFONO:****FECHA:**

Sello y firma

DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIAS/ AFECCIONES**PULMONAR**

- ☐ Bronquitis crónica
- ☐ Asma
- ☐ Enfisema
- ☐ Bronquiectasia
- ☐ Oxigenoterapia
- ☐ Tuberculosis

OSTEOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO

- ☐ Osteoporosis
- ☐ Artrosis
- ☐ Espondilosis y trastornos afines
- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Fractura de fémur
- ☐ Fractura de cadera

PSIQUIÁTRICO / ESTADO DE ÁNIMO

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

CIRCULACIÓN

- ☐ Insuficiencia cardíaca
- ☐ Cardiopatía isquémica
- ☐ Alteraciones del ritmo cardíaco
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Multiinfarto cerebral
- ☐ ACV
- ☐ TIA
- ☐ Arteriopatías periféricas
- ☐ Trastornos venosos periféricos
- ☐ Marcapasos
- ☐ Toma anticoagulantes

Indicar cual: _____

NEUROLÓGICO

- ☐ Enfermedad de Alzheimer
- ☐ Otras demencias
- ☐ Esclerosis múltiple
- ☐ Enfermedad de Parkinson

OTROS

- ☐ Diabetes
- ☐ 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: _____

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

OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES:**ALERGIAS. ESPECIFICAR:**

--	--

ADJUNTAR HOJA DE MEDICACIÓN ACTIVA