



MODELO DE INFORME MÉDICO PARA SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE VIAJES BALNEOTERAPÉUTICOS PARA RESIDENTES MAYORES DE 60 AÑOS PENSIONISTAS Y/O JUBILADOS (SÓLO SU MÉDICO DEBE RELLENAR ESTE INFORME)

Si solicitan plaza ambos cónyuges, deberán aportar un informe médico cada uno de ellos. Paciente D./D^a.....

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Dispone de autonomía suficiente para realizar el viaje solo y participar en las excursiones..... | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Padece trastornos mentales que pueden alterar la normal convivencia en los establecimientos..... | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Padece enfermedad infectocontagiosa..... | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

4. **Indique sólo en caso de presentar PATOLOGÍA GRAVE:**
A) CARDIOVASCULAR; B) DIGESTIVA Y/O HEPÁTICA; C) RENAL; D) ENDOCRINA;
E) NEUROLÓGICA; F) RESPIRATORIA A); B); C); D); E); F).

5. **En caso de presentar alguno/s de los siguientes procesos, táchese el/los apartado/s que corresponda:**
A) Caquexia o estado general muy deteriorado; B) I.A.M. o accidente cerebro vascular RECIENTE; C) T.B.C. RECIENTE; D) Procesos Neoplásicos; E) Ulceras Varicosas y F) Cirugía RECIENTE A); B); C); D); E); F).

DIAGNÓSTICO ORIENTATIVO DE TODAS LAS ENFERMEDADES QUE PADECE: (Muy importante indicar el tiempo de evolución y estado actual, al menos de las patologías señaladas en los apartados previos, que pueden interpretarse como contraindicación a viajar o a cura termal, en su caso.)

TRATAMIENTO MÉDICO O FARMACOLÓGICO QUE ESTÁ SIGUIENDO EL SOLICITANTE:
.....

ANTECEDENTES PERSONALES, ALERGIAS Y OBSERVACIONES DE INTERÉS:

Indicar tipo de tratamiento/s termal/es adecuado/s: A) Reumatológico; B) Respiratorio; C) Digestivo; D) Renal y vías urinarias; E) Dermatológico

Si ha señalado A) Reumatológico indicar: Número de articulaciones afectadas y lateralidad: Número: _____ Unilateral Bilateral

Indicar cuál/es: A) Cadera o rodilla; B) Columna; C) Hombro; D) Muñeca o mano; E) Codo; F) Tobillo o Pie

Indicar si existe/n: A) Impotencia funcional; B) Dolor; C) Deformidad; D) Rigidez

Si ha señalado B) Respiratorio, indicar: Padece enfermedad de: A) Vías respiratorias altas; B) Vías respiratorias bajas

Indicar si existe, de forma importante: A) Clínica llamativa; B) Auscultación bronco pulmonar severa; C) Alteraciones radiológicas importantes; D) Alteraciones gasométricas severas. Número de reagudizaciones en el último año: Número: _____

Si ha señalado C) Digestivo; D) Renal y vías urinarias o E) Dermatológico; indicar:..... Número de procesos agudos en el último año: _____

Informe emitido por el Dr. D. _____ ; colegiado núm. _____

Sello, etiqueta adhesiva
Firma y Fecha