



CIUDAD AUTÓNOMA
DE **MELILLA**

Consejería de Bienestar Social y Sanidad

ANEXO 3

MODELO DE INFORME MÉDICO PARA SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE VIAJES PARA RESIDENTES MAYORES DE 60 AÑOS		SOLO SU MÉDICO DEBE RELENAR ESTE INFORME	
Si solicitan plaza ambos cónyuges, deberán aportar un informe médico cada uno de ellos.		Paciente D./Dª:	
1. Se vale por sí mismo para las actividades de la vida diaria.....		<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.....		<input type="checkbox"/> A); <input type="checkbox"/> B); <input type="checkbox"/> C); <input type="checkbox"/> D); <input type="checkbox"/> E); <input type="checkbox"/> 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.....		<input type="checkbox"/> A); <input type="checkbox"/> B); <input type="checkbox"/> C); <input type="checkbox"/> D); <input type="checkbox"/> E); <input type="checkbox"/> 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.)			
.....			
.....			
TRATAMIENTOS ACTUALES:			
.....			
ANTECEDENTES PERSONALES Y OBSERVACIONES DE INTERÉS:			
.....			
RELENAR SOLO EN CASO DE SOLICITUD DE VIAJES BALNEOTERAPÉUTICOS			
Indicar tipo de tratamiento/s termal/es adecuado/s: A) Reumatológico; B) Respiratorio; C) Digestivo; D) Renal y vías urinarias; E) Dermatológico;		<input type="checkbox"/> A); <input type="checkbox"/> B); <input type="checkbox"/> C); <input type="checkbox"/> D); <input type="checkbox"/> E).	
Si ha señalado A) Reumatológico indicar: Número de articulaciones afectadas y lateralidad..... 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.....		Número: <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> A); <input type="checkbox"/> B); <input type="checkbox"/> C); <input type="checkbox"/> D); <input type="checkbox"/> E); <input type="checkbox"/> F). <input type="checkbox"/> A); <input type="checkbox"/> B); <input type="checkbox"/> C); <input type="checkbox"/> D).	
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.....		<input type="checkbox"/> A); <input type="checkbox"/> B). <input type="checkbox"/> A); <input type="checkbox"/> B); <input type="checkbox"/> C); <input type="checkbox"/> D). 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			