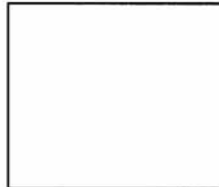




CIUDAD AUTÓNOMA  
**MELILLA**  
Consejería de Bienestar Social y Sanidad  
Dirección General de Servicios Sociales

Carlos Ramírez de Arellano 10  
Tfno.: 952 69 93 01  
Fax.: 952 69 93 02  
52003 MELILLA

### ANEXO 2: INFORME MEDICO. TELEASISTENCIA



Sello y firma

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO/A:

EFFECTUADO POR EL DOCTOR/A:

CENTRO DE SALUD:

TELEFONO:

FECHA:

### 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

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Caídas frecuentes</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida de peso superior al 10% en 6 meses</li> <li><input type="checkbox"/> Obesidad</li> <li><input type="checkbox"/> Disnea en reposo</li> <li><input type="checkbox"/> Vértigo</li> <li><input type="checkbox"/> Agitación psicomotora</li> <li><input type="checkbox"/> Alteración del ritmo de sueño</li> <li><input type="checkbox"/> Incontinencia</li> <li><input type="checkbox"/> Sonda</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dolor agudo</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor osteoarticular crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Déficit visual</li> <li><input type="checkbox"/> Déficit auditivo. Especificar:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ligero</li> <li><input type="checkbox"/> Serio</li> <li><input type="checkbox"/> Grave</li> <li><input type="checkbox"/> Profundo</li> <li><input type="checkbox"/> Total</li> </ul> </li> </ul> |
|---|---|

OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES:

ALERGIAS. ESPECIFICAR:

--	--

**ADJUNTAR HOJA DE MEDICACIÓN ACTIVA**