



ANEXO 2: INFORME MEDICO. TELEASISTENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO/A: _____

EFECTUADO 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

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

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:

OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES:

ALERGIAS. ESPECIFICAR:

--	--

ADJUNTAR HOJA DE MEDICACIÓN ACTIVA