

INFORMES MÉDICOS ANEXOS A LA SOLICITUD DE TERMALISMO SOCIAL

IMPRESINDIBLE INDICAR EL NOMBRE DEL PACIENTE

<p align="center">Sólo debe rellenar este informe su médico.</p> <p align="center">Si la plaza que solicitan es para el matrimonio, deben aportar informe médico de los dos cónyuges.</p>	Paciente D.:	Paciente Dña.:
1) Se vale por sí mismo para las actividades de la vida diaria 2) Presenta alteraciones del comportamiento que impidan la convivencia en un Centro Residencial 3) Padece enfermedad infecto-contagiosa En caso afirmativo, indicar cuál	<p align="center"><i>(Indicar SI o NO)</i></p> 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>	<p align="center"><i>(Indicar SI o NO)</i></p> 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
4) Indique SÓLO en caso de presentar PATOLOGÍA GRAVE A) Cardio-Vascular, B) Digestiva y/o Hepática, C) Renal, D) Endocrina, E) Neurológica y F) Respiratoria 5) En el caso de presentar alguno/s de los siguientes procesos, táchese el apartado/s correspondiente/s : 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	<p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F </p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F </p>
DIAGNOSTICO ORIENTATIVO DE LAS ENFERMEDADES QUE PADECEN : <i>(Es muy importante indicar tiempo de evolución y estado actual, al menos de las patologías señaladas en los apartados previos, que pueden interpretarse como CONTRAINDICACION a la cura termal.)</i>
TRATAMIENTOS ACTUALES :
Indicar tipo de tratamiento/s termal/es adecuado/s : A) Reumatológico, B) Respiratorio, C) Digestivo, D) Renal y vías urinarias, E) Dermatológico y F) Neuropsíquico	<p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F </p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F </p>
Si ha señalado : A) Reumatológico Número de articulaciones afectadas y lateralidad Indicar cuál o cuáles : A) Cadera o rodilla, B) Columna, C) Hombro, D) Muñeca o mano, E) Codo y F) Tobillo o pié Señalar si existe/n : A) Impotencia funcional, B) Dolor, C) Deformidad y D) Rigidez	<p align="center"> N° <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D </p>	<p align="center"> N° <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D </p>
Si ha señalado : B) Respiratorio Padece enfermedad de : A) Vías respiratorias altas y/o B) Vías respiratorias bajas Indicar si existe, de forma importante: A) Clínica llamativa, B) Auscultación bronco pulmonar severa, C) Alteraciones radiológicas importantes y D) Alteraciones gasométricas severas Número de reagudizaciones en el último año	<p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D </p> <p align="center"> N° <input type="text"/> </p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D </p> <p align="center"> N° <input type="text"/> </p>
Si ha señalado : C) Digestivo, D) Renal y vías urinarias E) Dermatológico y F) Neuropsíquico Número de procesos agudos en el último año	<p align="center"> N° <input type="text"/> </p>	<p align="center"> N° <input type="text"/> </p>
SEÑALAR ANTECEDENTES PERSONALES Y OBSERVACIONES DE INTERÉS :
	Informe emitido por el Dr. colegiado nº Sello o Etiqueta Adhesiva Firma y fecha	Informe emitido por el Dr. colegiado nº Sello o Etiqueta Adhesiva Firma y fecha