



MODELO DE INFORME MÉDICO PARA SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE VIAJES BALNEOTERAPÉUTICOS (SÓLO SU MÉDICO DEBE RELLENAR ESTE INFORME)
PARA RESIDENTES MAYORES DE 60 AÑOS PENSIONISTAS Y/O JUBILADOS CON UN MÍNIMO DE 55 AÑOS

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

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Dispone de autonomía suficiente para realizar el viaje solo y participar en las excursiones..... | ☐ SÍ | ☐ NO |
| 2. Padece trastornos mentales que pueden alterar la normal convivencia en los establecimientos..... | ☐ SÍ | ☐ NO |
| 3. Padece enfermedad infectocontagiosa..... | ☐ SÍ | ☐ 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