

Nombre y apellidos del solicitante: _____

- Se vale por si mismo para la realización de las actividades diarias
- Utiliza silla de ruedas para desplazarse
- Presenta trastornos graves que puedan producir alteraciones en la convivencia
- Padece enfermedad infecto-contagiosa En caso afirmativo indicar cual: _____

- Presenta patología grave:

Cardio-vascular <input type="checkbox"/>	Endocrina <input type="checkbox"/>
Digestiva y/o hepática <input type="checkbox"/>	Neurológica <input type="checkbox"/>
Renal <input type="checkbox"/>	Respiratoria <input type="checkbox"/>
- Presenta alguno de los siguientes procesos:

Caquexia o estado general muy deteriorado <input type="checkbox"/>	Procesos Neoplásicos <input type="checkbox"/>
I.A.M. o Accidente cerebro-vascular reciente <input type="checkbox"/>	Úlceras varicosas <input type="checkbox"/>
T.B.C. reciente <input type="checkbox"/>	Cirugía reciente <input type="checkbox"/>

• Diagnóstico orientativo de todas las enfermedades que padece:

• Tratamiento actual: (Indicar o aportar certificado o informe médico)

- Indicar tipo de tratamiento termal adecuado:

<input type="checkbox"/> Reumatológico		
N.º articulaciones afectadas y lateralidad:	Cadera o rodilla <input type="checkbox"/>	Muñeca o mano <input type="checkbox"/>
	Columna <input type="checkbox"/>	Codo <input type="checkbox"/>
	Hombro <input type="checkbox"/>	Tobillo o pie <input type="checkbox"/>
Señalar si existen:	Impotencia funcional <input type="checkbox"/>	Deformidad <input type="checkbox"/>
	Dolor <input type="checkbox"/>	Rigidez <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Respiratorio		
Padece enfermedad de:	Vías respiratorias altas y/o vías respiratorias bajas <input type="checkbox"/>	
	Vías respiratorias bajas <input type="checkbox"/>	
Indicar si existe, de forma importante:	Alteraciones radiológicas importantes <input type="checkbox"/>	
Clínica llamativa <input type="checkbox"/>	Alteraciones gasométricas severas <input type="checkbox"/>	
Auscultación bronco pulmonar severa <input type="checkbox"/>	N.º de agudizaciones en el último año <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Digestivo	N.º de procesos agudos en el último año: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Renal y vías urinarias	N.º de procesos agudos en el último año: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Dermatológico	N.º de procesos agudos en el último año: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Neuropsíquico	N.º de procesos agudos en el último año: <input type="text"/>	

• Señalar antecedentes personales, valoración acerca de si el tratamiento es recomendable o presenta contraindicaciones y otras observaciones de interés:

Informe emitido por el Dr.: _____ Colegiado n.º: _____

Fecha y firma