

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