



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

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..... | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Padece trastornos mentales que pueden alterar la normal convivencia en los establecimientos..... | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Padece enfermedad infectocontagiosa.....   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> 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:** .....

**RELLENAR SOLO EN CASO DE SOLICITUD DE VIAJES BALNEOTERAPÉUTICOS**

**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