

## INFORME MEDICO PARA ACCESO AL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

Informe emitido por el Dr. D. \_\_\_\_\_

Colegiado número \_\_\_\_\_ Centro de Salud. \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ DNI/ NIE \_\_\_\_\_

### **DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIAS/ AFECCIONES (MARQUE CON UN "x" LA ENFERMEDAD QUE PADECE EL PACIENTE)**

#### **a) PULMONAR**

Bronquitis crónica \_\_\_\_\_ Asma Enfisema \_\_\_\_\_ Bronquiectasia \_\_\_\_\_ Oxigenoterapia \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_

#### **b) OSTEOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO**

Osteoporosis \_\_\_\_\_ Artrosis \_\_\_\_\_ Espondilosis y trastornos afines \_\_\_\_\_ Artritis reumatoide \_\_\_\_\_ Fractura de fémur \_\_\_\_\_ Fractura de cadera \_\_\_\_\_

#### **c) PSIQUIÁTRICO / ESTADO DE ÁNIMO**

Depresión \_\_\_\_\_ Esquizofrenia \_\_\_\_\_ Psicosis maniaco-depresiva \_\_\_\_\_ Trastornos neuróticos \_\_\_\_\_

#### **d) CIRCULACIÓN**

Insuficiencia cardiaca \_\_\_\_\_ Cardiopatía isquémica \_\_\_\_\_ Alteraciones del ritmo cardíaco \_\_\_\_\_ Hipertensión arterial \_\_\_\_\_  
 Multiinfarto cerebral \_\_\_\_\_ ACV \_\_\_\_\_ TIA \_\_\_\_\_ Arteriopatías periféricas \_\_\_\_\_ Trastornos venosos periféricos \_\_\_\_\_  
 Marcapasos \_\_\_\_\_ Toma anticoagulantes Indicar cual: \_\_\_\_\_

#### **e) NEUROLÓGICO**

Enfermedad de Alzheimer \_\_\_\_\_ Otras demencias \_\_\_\_\_ Esclerosis múltiple \_\_\_\_\_ Enfermedad de Parkinson \_\_\_\_\_

#### **f) OTROS**

Diabetes \_\_\_\_\_ Insulinodependiente \_\_\_\_\_ Hepatitis vírica \_\_\_\_\_ Hipertiroidismo \_\_\_\_\_ Hipotiroidismo \_\_\_\_\_ Dislipemia \_\_\_\_\_  
 Anemia \_\_\_\_\_ Insuficiencia renal crónica \_\_\_\_\_ Hiperplasia de próstata \_\_\_\_\_ Hernia de hiato \_\_\_\_\_ Úlcera gástrica \_\_\_\_\_  
 Cataratas \_\_\_\_\_ Glaucoma \_\_\_\_\_ Enolismo crónico \_\_\_\_\_ Infección por VIH \_\_\_\_\_ Alimentación parenteral \_\_\_\_\_ Padece  
 enfermedad infecto-contagiosa. Indicar: \_\_\_\_\_

#### **g) OTROS. INDICAR: PROBLEMAS DE SALUD**

Caídas frecuentes \_\_\_\_\_ Perdida de peso superior al 10% en 6 meses \_\_\_\_\_ Obesidad \_\_\_\_\_ Disnea en reposo \_\_\_\_\_  
 Vértigo \_\_\_\_\_ Agitación psicomotora \_\_\_\_\_ Alteración del ritmo de sueño \_\_\_\_\_ Incontinencia Sonda \_\_\_\_\_ Dolor agudo  
 \_\_\_\_\_ Dolor osteoarticular crónico \_\_\_\_\_ Déficit visual \_\_\_\_\_ Déficit auditivo. \_\_\_\_\_ Especificar: Ligero \_\_\_\_\_ Serio \_\_\_\_\_  
 Grave Profundo Total \_\_\_\_\_

#### **h) OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES:**

**ALERGIAS. ESPECIFICAR:** \_\_\_\_\_

#### **Fecha y Firma del Facultativo**

**\* ADJUNTAR HOJA DE MEDICACIÓN ACTIVA EN SU CASO**

### **ANEXO V. REGLAMENTO REGULADOR DE LA CONCESIÓN Y USO DE LA TARJETA DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

#### **INTRODUCCIÓN**

El artículo 49 de la Constitución Española reconoce a las personas con discapacidad física o psíquica o sensoriales para su completa realización personal y su total integración social la asistencia y tutela necesaria.

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de promoción del minusválido, desarrolló este artículo de la Constitución disponiendo en su artículo 3 que los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos al colectivo aludido, disponiendo en el apartado segundo del referido artículo que estarán obligados a participar