



CIUDAD AUTÓNOMA  
DE  
**MELILLA**

Consejería del Menor y la Familia  
DIRECCIÓN GENERAL DEL MAYOR Y RELACIONES VECINALES

ID: 0141-12

C/ QUEROL 7  
Tfno.: 952 69 92 14  
Fax.: 952 69 92 79  
52001 MELILLA

MODELO DE INFORME MÉDICO PARA SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE VIAJES PARA RESIDENTES MAYORES DE 60 AÑOS	SÓLO SU MÉDICO DEBE RELLENAR ESTE INFORME	
Si solicitan plaza ambos cónyuges, deberán aportar un informe médico cada uno de ellos.	Paciente D./D <sup>a</sup> .....	
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. <b>Indique sólo en caso de presentar PATOLOGÍA GRAVE:</b> A) CARDIOVASCULAR; B) DIGESTIVA Y/O HEPÁTICA; C) RENAL; D) ENDOCRINA; E) NEUROLÓGICA; F) RESPIRATORIA .....	<input type="checkbox"/> A); <input type="checkbox"/> B); <input type="checkbox"/> C); <input type="checkbox"/> D); <input type="checkbox"/> E); <input type="checkbox"/> F).	
5. <b>En caso de presentar alguno/s de los siguientes procesos, táchese el/los apartado/s que corresponda:</b> 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 .....	<input type="checkbox"/> A); <input type="checkbox"/> B); <input type="checkbox"/> C); <input type="checkbox"/> D); <input type="checkbox"/> E); <input type="checkbox"/> F).	
<b>DIAGNÓSTICO ORIENTATIVO DE TODAS LAS ENFERMEDADES QUE PADECE:</b> (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.) .....		
<b>TRATAMIENTO MÉDICO O FARMACOLÓGICO QUE ESTÁ SIGUIENDO EL SOLICITANTE:</b> .....		
<b>ANTECEDENTES PERSONALES, ALERGIAS Y OBSERVACIONES DE INTERÉS:</b> .....		
<b>RELLENAR SÓLO EN CASO DE SOLICITUD DE VIAJES BALNEOTERAPÉUTICOS:</b>		
<b>Indicar tipo de tratamiento/s termal/es adecuado/s:</b> <input type="checkbox"/> A) Reumatológico; <input type="checkbox"/> B) Respiratorio; <input type="checkbox"/> C) Digestivo; <input type="checkbox"/> D) Renal y vías urinarias; <input type="checkbox"/> E) Dermatológico		
<b>Si ha señalado A) Reumatológico indicar:</b> Número de articulaciones afectadas y lateralidad: Número: _____ <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral		
<b>Indicar cuál/es:</b> <input type="checkbox"/> A) Cadera o rodilla; <input type="checkbox"/> B) Columna; <input type="checkbox"/> C) Hombro; <input type="checkbox"/> D) Muñeca o mano; <input type="checkbox"/> E) Codo; <input type="checkbox"/> F) Tobillo o Pie		
<b>Indicar si existe/n:</b> <input type="checkbox"/> A) Impotencia funcional; <input type="checkbox"/> B) Dolor; <input type="checkbox"/> C) Deformidad; <input type="checkbox"/> D) Rigidez		
<b>Si ha señalado B) Respiratorio, indicar:</b> Padece enfermedad de: <input type="checkbox"/> A) Vías respiratorias altas; <input type="checkbox"/> B) Vías respiratorias bajas		
<b>Indicar si existe, de forma importante:</b> <input type="checkbox"/> A) Clínica llamativa; <input type="checkbox"/> B) Auscultación bronco pulmonar severa; <input type="checkbox"/> C) Alteraciones radiológicas importantes; <input type="checkbox"/> D) Alteraciones gasométricas severas. Número de reagudizaciones en el último año: Número: _____		
<b>Si ha señalado C) Digestivo; D) Renal y vías urinarias o E) Dermatológico; indicar:</b> .....		Número de procesos agudos en el último año: _____
Informe emitido por el Dr. D. _____; colegiado núm. _____  Sello, etiqueta adhesiva Firma y Fecha		