



DIPUTACION DE ZARAGOZA

PROGRAMA PROVINCIAL DE TERMALISMO SOCIAL 2015

INFORME MÉDICO

DATOS DEL SOLICITANTE		DATOS DEL ACOMPAÑANTE	
NOMBRE Y APELLIDOS		NOMBRE Y APELLIDOS	
DATOS RELATIVOS A LOS REQUISITOS DE LOS SOLICITANTES Y ACOMPAÑANTES, ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA			
1. ¿Se vale por sí mismo para las actividades diarias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2. ¿Precisa acompañante/cuidador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. ¿Se vale por sí mismo para las actividades diarias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2. ¿Precisa acompañante/cuidador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones en el establecimiento termal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4. ¿Carece de contraindicaciones para el tratamiento termal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3. ¿Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones en el establecimiento termal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4. ¿Carece de contraindicaciones para el tratamiento termal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Padece enfermedad infectocontagiosa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿cuál? _____		
		5. ¿Padece enfermedad infectocontagiosa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		En caso afirmativo, ¿cuál? _____	
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ACTUAL			
DESCRIPCIÓN		DESCRIPCIÓN	
PRECISA TRATAMIENTO TERMAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PRECISA TRATAMIENTO TERMAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
INDICAR TIPO DE TRATAMIENTOS ADECUADOS		INDICAR TIPO DE TRATAMIENTOS ADECUADOS	
<input type="checkbox"/> REUMATOLÓGICO <input type="checkbox"/> RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> DIGESTIVO Y/O HEPATOBILIAR <input type="checkbox"/> RENAL Y VÍAS URINARIAS <input type="checkbox"/> DERMATOLOGICO <input type="checkbox"/> NEUROPSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> CIRCULATORIO		<input type="checkbox"/> REUMATOLÓGICO <input type="checkbox"/> RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> DIGESTIVO Y/O HEPATOBILIAR <input type="checkbox"/> RENAL Y VÍAS URINARIAS <input type="checkbox"/> DERMATOLOGICO <input type="checkbox"/> NEUROPSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> CIRCULATORIO	
DATOS DEL/ DE LA DOCTOR/A			
APELLIDOS		APELLIDOS	
NOMBRE	COLEGIADO N°	NOMBRE	COLEGIADO N°
..... de de 2015 (firma y sello)	 de de 2015 (firma y sello)	

NOTA: Se adjuntará a la solicitud fotocopia de este documento o cualquier otro modelo de informe médico firmado por el médico de familia que contenga los datos relativos a los solicitantes y acompañantes establecidos en las normas de la convocatoria. El documento original lo entregará cada usuario directamente en el momento de su entrada en el Balneario.