

# Plan Termalismo

## INFORME MÉDICO



Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

HOJA 1/2

EMITIDO POR EL DR./A. \_\_\_\_\_ MATRÍCULA N°\_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO/A: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ N° AFILIADO/A: \_\_\_\_\_

¿Se vale por sí mismo para las actividades de la vida diaria?: Sí  NO

¿Utiliza silla de ruedas?: Sí  NO

¿Presenta trastornos psíquicos que puedan producir alteraciones en la convivencia?: Sí  NO

¿Padece alguna enfermedad infecto-contagiosa?: Sí  NO

Indique cuál: \_\_\_\_\_

Indique sólo qué patología presenta :

Cardiovascular:  Renal:  Neurológica:

Digestiva/hepática:  Endocrina:  Respiratoria:

Indique si presenta alguno de los siguientes procesos :

Caquexia:  TBC reciente:  ISAM/ACV:

Cirugía reciente:  Úlceras varicosas:  Neoplasias:

Diagnósticos de todas las patologías que padece: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamientos actuales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique tipo de tratamiento termal adecuado:

Reumatólogo:  Respiratorio:  Dermatológico:  ORL:

# Plan Termalismo

## INFORME MÉDICO



HOJA 2/2

- En caso de haber completado la opción Reumatólogo, completar el siguiente diagnóstico:

Número de articulaciones afectadas y lateralidad: \_\_\_\_\_

Articulación: \_\_\_\_\_ Unilateral: \_\_\_\_\_ Bilateral: \_\_\_\_\_

Impotencia funcional: \_\_\_\_\_ Dolor: \_\_\_\_\_ Deformidad: \_\_\_\_\_ Rigidez: \_\_\_\_\_

- En caso de haber completado la opción Respiratorio, completar:

Padece enfermedad de: \_\_\_\_\_

Vías respiratorias altas: \_\_\_\_\_ Vías respiratorias bajas: \_\_\_\_\_

Clínica llamativa:

Auscultación broncopulmonar severa: \_\_\_\_\_

Alteraciones radiológicas importantes: \_\_\_\_\_

- En caso de haber completado la opción Dermatológico, completar:

¿Cuántos procesos agudos tuvo en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

- En caso de haber completado la opción ORL, completar:

¿Cuántos procesos agudos tuvo en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

De existir secuelas neurológicas, indique cuáles: \_\_\_\_\_

¿Qué resultados espera de los tratamientos termales?:

curación:

mejoría total:

mejoría parcial:

ninguno:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

### DICTAMEN DE LA AUDITORÍA MÉDICA

Se justifica: \_\_\_\_\_

Acompañante : \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO  
MÉDICO/A AUDITOR/A