

Fecha: ___/___/_____

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:

Reumatológico: Respiratorio: Dermatológico: ORL:

- En caso de haber completado la opción Reumatológico, 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