



DIPUTACION DE ZARAGOZA

PROGRAMA PROVINCIAL DE TERMALISMO SOCIAL 2011

INFORME MÉDICO
(A presentar en el Balneario)*

DATOS DEL SOLICITANTE		DATOS DEL ACOMPAÑANTE	
NOMBRE Y APELLIDOS		NOMBRE Y APELLIDOS	
DATOS DEL/ DE LA DOCTOR/A			
APELLIDOS		APELLIDOS	
NOMBRE	COLEGIADO N°	NOMBRE	COLEGIADO N°
1. ¿Se vale por sí mismo para las actividades diarias? 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. ¿Utiliza silla de ruedas para desplazarse? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2. ¿Utiliza silla de ruedas para desplazarse? 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"/>		3. ¿Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones en el establecimiento termal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. ¿Padece enfermedad infectocontagiosa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		4. ¿Padece enfermedad infectocontagiosa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, ¿cuál? _____		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	
..... de de 2011 (firma y sello)	 de de 2011 (firma y sello)	

NOTA:

En el caso de minusvalía igual o superior al 60%, ha de presentar fotocopia de este informe junto con la solicitud de plaza.