

SERVICIO DE TELEASISTENCIA INFORME MEDICO



NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO/A:

EFFECTUADO POR EL DOCTOR/A:

CENTRO DE SALUD:

TELEFONO:

FECHA:

Sello y firma

DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIAS/ AFECCIONES

PULMONAR

- ☐ Bronquitis crónica
- ☐ Asma
- ☐ Enfisema
- ☐ Bronquiectasia
- ☐ Oxigenoterapia
- ☐ Tuberculosis

OSTEOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO

- ☐ Osteoporosis
- ☐ Artrosis
- ☐ Espondilosis y trastornos afines
- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Fractura de fémur
- ☐ Fractura de cadera

PSIQUIÁTRICO / ESTADO DE ÁNIMO

- ☐ Depresión
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Psicosis maniaco-depresiva
- ☐ Trastornos neuróticos

CIRCULACIÓN

- ☐ Insuficiencia cardíaca
 - ☐ Cardiopatía isquémica
 - ☐ Alteraciones del ritmo cardíaco
 - ☐ Hipertensión arterial
 - ☐ Multiinfarto cerebral
 - ☐ ACV
 - ☐ TIA
 - ☐ Arteriopatías periféricas
 - ☐ Trastornos venosos periféricos
 - ☐ Marcapasos
 - ☐ Toma anticoagulantes
- Indicar cual: _____

NEUROLÓGICO

- ☐ Enfermedad de Alzheimer
- ☐ Otras demencias
- ☐ Esclerosis múltiple
- ☐ Enfermedad de Parkinson

OTROS

- ☐ Diabetes
- ☐ Insulinodependiente
- ☐ Hepatitis vírica
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Dislipemia
- ☐ Anemia
- ☐ Insuficiencia renal crónica
- ☐ Hiperplasia de próstata
- ☐ Hernia de hiato
- ☐ Úlcera gástrica
- ☐ Cataratas
- ☐ Glaucoma
- ☐ Enolismo crónico
- ☐ Infección por VIH
- ☐ Alimentación parenteral
- ☐ Padece enfermedad infecto-contagiosa. Indicar: _____

OTROS. INDICAR:

PROBLEMAS DE SALUD

- ☐ Caídas frecuentes
- ☐ Perdida de peso superior al 10% en 6 meses
- ☐ Obesidad
- ☐ Disnea en reposo
- ☐ Vértigo
- ☐ Agitación psicomotora
- ☐ Alteración del ritmo de sueño
- ☐ Incontinencia
- ☐ Sonda

- ☐ Dolor agudo
- ☐ Dolor osteoarticular crónico
- ☐ Déficit visual
- ☐ Déficit auditivo. Especificar:
 - ☐ Ligero
 - ☐ Serio
 - ☐ Grave
 - ☐ Profundo
 - ☐ Total

OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES:

ALERGIAS. ESPECIFICAR:

Adjuntar información de medicación de especial relevancia para patologías crónicas