



### DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIAS/ AFECCIONES

PULMONAR	CIRCULACIÓN	OTROS
<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Bronquiectasia <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> Alteraciones del ritmo cardíaco <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Multiinfarto cerebral <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> Arteriopatías periféricas <input type="checkbox"/> Trastornos venosos periféricos <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Toma anticoagulantes Indicar cual: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Insulinodependiente <input type="checkbox"/> Hepatitis vírica <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Dislipemia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica <input type="checkbox"/> Hiperasplasia de próstata <input type="checkbox"/> Hernia de hiato <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Enolismo crónico <input type="checkbox"/> Infección por VIH <input type="checkbox"/> Alimentación parenteral <input type="checkbox"/> Padece enfermedad infeccio-contagiosa. Indicar: _____
<b>OSTEOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO</b>		
<input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artrosis <input type="checkbox"/> Espondilosis y trastornos afines <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Fractura de fémur <input type="checkbox"/> Fractura de cadera	<b>NEUROLÓGICO</b>	
<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Psicosis maniaco-depresiva <input type="checkbox"/> Trastornos neuróticos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Otras demencias <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<b>OTROS. INDICAR:</b> _____ _____

### PROBLEMAS DE SALUD

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caídas frecuentes<br><input type="checkbox"/> Perdida de peso superior al 10% en 6 meses<br><input type="checkbox"/> Obesidad<br><input type="checkbox"/> Disnea en reposo<br><input type="checkbox"/> Vértigo<br><input type="checkbox"/> Agitación psicomotora<br><input type="checkbox"/> Alteración del ritmo de sueño<br><input type="checkbox"/> Incontinencia<br><input type="checkbox"/> Sonda | <input type="checkbox"/> Dolor agudo<br><input type="checkbox"/> Dolor osteoarticular crónico<br><input type="checkbox"/> Déficit visual<br><input type="checkbox"/> Déficit auditivo. Especificar:<br><input type="checkbox"/> Ligero<br><input type="checkbox"/> Serio<br><input type="checkbox"/> Grave<br><input type="checkbox"/> Profundo<br><input type="checkbox"/> Total |
|---|---|

OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES:

ALERGIAS. ESPECIFICAR:

--	--

Adjuntar información de medicación de especial relevancia para patologías crónicas

Sello y firma