



AYUNTAMIENTO  
Alhama de Murcia  
Concejalía de Bienestar Social

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO/A:

EFFECTUADO POR EL DOCTOR/A:

CENTRO DE SALUD:

TELEFONO:

FECHA:

**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**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Caídas frecuentes</li><li><input type="checkbox"/> Pérdida de peso superior al 10% en 6 meses</li><li><input type="checkbox"/> Obesidad</li><li><input type="checkbox"/> Disnea en reposo</li><li><input type="checkbox"/> Vértigo</li><li><input type="checkbox"/> Agitación psicomotora</li><li><input type="checkbox"/> Alteración del ritmo de sueño</li><li><input type="checkbox"/> Incontinencia</li><li><input type="checkbox"/> Sonda</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Dolor agudo</li><li><input type="checkbox"/> Dolor osteoarticular crónico</li><li><input type="checkbox"/> Déficit visual</li><li><input type="checkbox"/> Déficit auditivo. Especificar:<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ligero</li><li><input type="checkbox"/> Serio</li><li><input type="checkbox"/> Grave</li><li><input type="checkbox"/> Profundo</li><li><input type="checkbox"/> Total</li></ul></li></ul> |
|---|--|

**OTRAS ENFERMEDADES U OBSERVACIONES:**

**ALERGIAS. ESPECIFICAR:**

--	--

Adjuntar información de medicación de especial relevancia para patologías crónicas

Sello y firma