





**ANEXO A LA SOLICITUD. (EN CASO DE QUE EL  
ACOMPAÑANTE NO SEA FAMILIAR/  
RESPONSABLE).**

D/Dª ..... con D.N.I .....  
en representación de D/Dª .....  
enfermo de Alzheimer.

**AUTORIZA:**

A D/Dª ..... a  
acompañar al enfermo al Programa de Vacaciones organizado por FEDACAM,  
así como a tomar todas las decisiones que fueran necesarias en caso de urgencia  
médica y cuando no se pueda contactar telefónicamente con ningún familiar.

En Toledo, a ..... de ..... de 20...

Fdo.: .....



**INFORME MÉDICO PARA LA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER**

(Del familiar/acompañante)

INFORME REALIZADO POR EL MÉDICO:

\_\_\_\_\_

CORRESPONDIENTE A D./Dña.

\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO MÉDICO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por favor indique si se halla en alguno de estos supuestos y concrete en su caso:**

- ENFERMEDAD INFECCION CONTAGIOSA: \_\_\_\_\_
- CIRUGÍA RECIENTE: \_\_\_\_\_
- INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO RECIENTE: \_\_\_\_\_
- ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR RECIENTE: \_\_\_\_\_
- MARCAPASOS: \_\_\_\_\_
- NEOPLASIAS: \_\_\_\_\_
- DIABETES MELLITUS: \_\_\_\_\_
- ALERGIAS CONOCIDAS: \_\_\_\_\_
- CRISIS EPILÉPTICAS: \_\_\_\_\_
- FRACTURAS RECIENTES: \_\_\_\_\_
- OTROS PROCESOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

**Señale lo que corresponda:**

**DIETA ESPECIAL:**

- EN TRATAMIENTO CON SINTROM: \_\_\_\_\_
- 1500 KCAL: \_\_\_\_\_
- BASAL/NORMAL: \_\_\_\_\_
- BLANDA: \_\_\_\_\_
- POBRE EN SAL: \_\_\_\_\_
- PROTECCION HEPÁTICA: \_\_\_\_\_
- OTRAS: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS DE INTERÉS:** \_\_\_\_\_

Fecha:

Firmado.- D.

**INFORME MÉDICO PARA LA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER**

(Del enfermo de Alzheimer)

INFORME REALIZADO POR EL MÉDICO:

---

CORRESPONDIENTE A D./Dña.

---

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

---

---

ESTADÍO DE LA ENFERMEDAD:

---

OTROS DIAGNÓSTICOS DE IMPORTANCIA:

---

---

---

---

---

---

---

---

TRATAMIENTO MÉDICO:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Por favor indique si se falla en alguno de estos supuestos y concrete en su caso:**

- ENFERMEDAD INFECCION CONTAGIOSA: \_\_\_\_\_
- CIRUGÍA RECIENTE: \_\_\_\_\_
- INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO RECIENTE: \_\_\_\_\_
- ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR RECIENTE: \_\_\_\_\_
- MARCAPASOS: \_\_\_\_\_
- NEOPLASIAS: \_\_\_\_\_
- DIABETES MELLITUS: \_\_\_\_\_
- ALERGIAS CONOCIDAS: \_\_\_\_\_
- CRISIS EPILÉPTICAS: \_\_\_\_\_
- FRACTURAS RECIENTES: \_\_\_\_\_
- OTROS PROCESOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Señale lo que corresponda:

DIETA ESPECIAL:

- EN TTº CON SINTROM: \_\_\_\_\_
- 1500 KCAL: \_\_\_\_\_
- BASAL/NORMAL: \_\_\_\_\_
- PROTECCIÓN HEPÁTICA: \_\_\_\_\_
- POBRE EN SAL: \_\_\_\_\_
- OTRAS: \_\_\_\_\_

OTROS DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha:

Firmado.- D.