ANEXO V
INFORME MÉDICO (Anexo a la Solicitud de Termalismo)

Reconocimiento efectuado por el Doctor D/Dª.....
Colegiado nº..... de..... a D./Dª.....
..... solicitante del Programa de Termalismo Social de Castilla – La Mancha y a D./Dª.:....., en calidad de cónyuge o persona con relación análoga de convivencia,

(Señale con una X la casilla correspondiente de acuerdo a su criterio profesional)

SITUACIÓN GENERAL DEL/LOS SOLICITANTES.	**Solicitante**		**Cónyuge o persona con relación análoga de convivencia**	
	SI	**NO**	**SI**	**NO**
1º Padece enfermedad infecto-contagiosa (activa)	☐	☐	☐	☐

2º ¿Existe a su juicio contraindicación médica para que pueda recibir el tratamiento termal?:	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
	☐	☐	☐	☐

3º **Considerando su situación de salud, indique el grado de necesidad del tratamiento solicitado. (Señale con una X)**	**Mucho**	**Algo**	**Nada**	**Mucho**	**Algo**	**Nada**
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4º SEÑALAR ANTECEDENTES Y OBSERVACIONES DE INTERÉS:	**Sello o Etiqueta Adhesiva** **Firma y Fecha**