

de plaza, de acuerdo con lo especificado en la instrucción cuarta, se entenderá que renuncia a la misma, pudiendo seleccionarse a otro beneficiario para cubrir su vacante.

Asimismo, se cancelarán las plazas de aquellos beneficiarios que no abonen a la estación termal, al iniciar el turno, el resto de la cantidad estipulada por las plazas adjudicadas.

La consignación o aportación de datos o documentos falseados o inexactos para la obtención de las plazas reguladas por la presente Resolución, implicará la cancelación de la plaza obtenida, en el supuesto de no haber disfrutado del turno, o la obligación, por parte del interesado, de abonar el precio real de la plaza, sin perjuicio de las acciones que procedan en aplicación de la normativa vigente, si ya ha disfrutado del turno.

Undécima. *Instrucción final.*—En los aspectos no contemplados expresamente por la presente Resolución se aplicarán las normas generales contenidas en la vigente Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

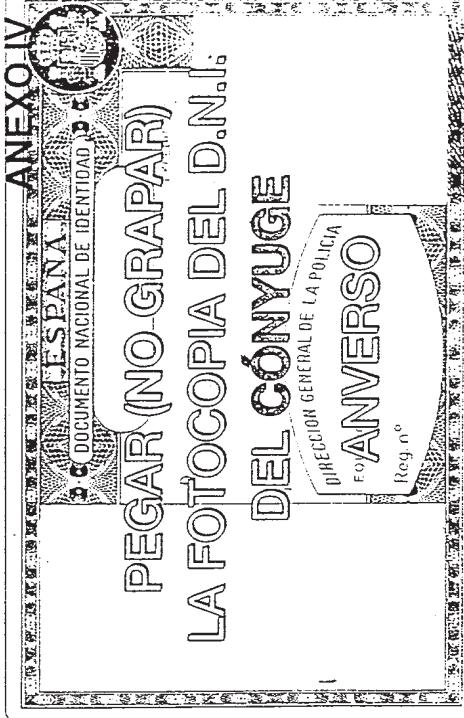
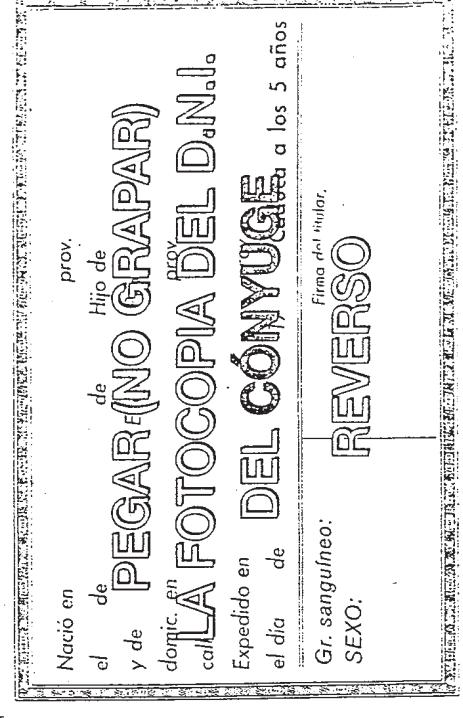
Lo que comunico a VV. II. a los efectos oportunos.

Madrid, 22 de noviembre de 1999.—El Director general, Héctor Maravall Gómez-Allende.

Ilmos. Sres. Secretario general, Subdirectores generales del Plan Gerontológico y Programas para Mayores, de Promoción Social de la Migración y de Programas para Refugiados, del Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad e Interventor Central del IMSERSO.

INFORMES MÉDICOS ANEXOS A LA SOLICITUD DE TERMALISMO SOCIAL**IMPRESCINDIBLE INDICAR EL NOMBRE DEL PACIENTE****ANEXO II**

Sólo su médico debe llenar este informe.		Paciente D.N.I.: (Indicar Sí o NO)	Paciente D.N.I.: (Indicar Sí o NO)
<p>Si la plazá que solicitan es para el matrimonio, deben aportar informe médico de los dos cónyuges.</p> <p>1) Se vale por sí mismo para las actividades de la vida diaria</p> <p>2) Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones en la convivencia de un Centro Residencial</p> <p>3) Padece enfermedad infeccio-contagiosa</p> <p>En caso afirmativo, indicar cuál :</p>		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
<p>4) Indique SÓLO en caso de presentar PATOLOGÍA GRAVE</p> <p>A) Cardio-vascular, B) Digestiva y/o Hepática, C) Renal, D) Endocrina, E) Neurológica y F) Respiratoria</p> <p>5) En el caso de presentar alguno/s de los siguientes procesos, fáchese el aparato/s correspondiente/s :</p> <p>A) Caquexia o estado general muy deteriorado, B) I.A.M. o Accidente Cerebro - Vascular RECIENTE, C) I.B.C. RECIENTE, D) Procesos Neoplásicos, E) Ulceras Varicosas Y F) Cirugía RECIENTE</p>		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
<p>DIAGNÓSTICO ORIENTATIVO DE TODAS LAS ENFERMEDADES QUE PADECEN : (Es muy importante indicar tiempo de evolución y estado actual, al menos de las patologías señaladas en los apartados previos, que pueden interpretarse como CONTRAINDICACIÓN a la cura termal.)</p>			
<p>TRATAMIENTOS ACTUALES :</p>			
<p>Indicar tipo de tratamiento/s terapéutico/s :</p> <p>A) Reumológico, B) Respiratorio, C) Digestivo, D) Renal y vías urinarias E) Dermatológico y F) Neuropsiquiátrico</p>			
<p>Si ha señalado : A) Reumológico</p> <p>Número de articulaciones afectadas y lateralidad</p> <p>Indicar cuál o cuáles : A) Cadera o rodilla, B) Columna, C) Hombro, D) Muñeca o mano, E) Codo y F) Tobillo o pie</p> <p>Señalar si existe/n : A) Impotencia funcional, B) Dolor, C) Deformidad y D) Rígidez</p>			
<p>Si ha señalado : B) Respiratorio</p> <p>Padecer enfermedad : A) Vías respiratorias altas y/o B) Vías respiratorias bajas</p> <p>Indicar si existe, de forma importante: A) Clínica tóximativa, B) Auscultación bronco pulmonar alteracione radiológicas importantes y D) Alteraciones gasométricas severas</p> <p>Número de reagudizaciones en el último año</p>			
<p>Si ha señalado : C) Digestivo, D) Renal y vías urinarias E) Dermatológico y F) Neuropsiquiátrico</p> <p>Número de procesos agudos en el último año</p>			
<p>SEÑALAR ANTECEDENTES PERSONALES Y OBSERVACIONES DE INTERÉS :</p>			
<p>Informe emitido por el Dr. colegiado nº Sello o Etiqueta Adhesiva Firma y fecha</p>			
<p>Informe emitido por el Dr. colegiado nº Sello o Etiqueta Adhesiva Firma y fecha</p>			

 <p>ANEXO IV</p> <p>ESPAÑA</p> <p>DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD</p> <p>PEGAR (NO GRAPAR)</p> <p>LA FOTOCOPIA DEL D.N.I.</p> <p>DEL CÓNYUGE</p> <p>DIRECCIÓN GENERAL DE LA POLICIA FOLIO ANVERSO Reg. n°</p>	 <p>Nació en el de Hijo de y de PEGAR (NO GRAPAR) domic. en LA FOTOCOPIA DEL D.N.I.</p> <p>Expedido en DEL SOLICITANTE a los 5 años el dia</p> <p>Gr. sanguíneo: REVERSO</p> <p>SEXO:</p> <p><i>Firma del titular.</i></p>
--	---

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACION DE LA SOLICITUD

- Esta solicitud está confeccionada con papel autocopiativo, por ello es conveniente que se rellene con el ejemplar abierto o extendido. El IMSERSO archiva, de forma electrónica y mediante máquinas automáticas, las solicitudes recibidas; por ello **NO SE DEBE GRAPAR NADA AL MODELO DE SOLICITUD**.
- Escriba con claridad para evitar errores de interpretación, a ser posible, a máquina de escribir o con letras de imprenta.
- Deberá visitar a su médico habitual, y entregarle la Solicitud e Informe Médico, con objeto de que éste acredite que reúne los requisitos de orden médico necesarios para participar en el Programa. Igualmente debe acreditar que precisa el tratamiento terapéutico solicitado y puede recibirllo. Asimismo, debe cumplimentar lo últimos apartados del informe médico en los que se describe su tipo de afectación y grado.
- En el caso de que solicite plaza para usted y su cónyuge, el médico habitual de su cónyuge deberá cumplimentar su informe médico de la misma forma. Los informes médicos deben ser cumplimentados exclusivamente por el médico del solicitante y, en su caso, del cónyuge, no admitiéndose modificaciones que no sean válidas por el Dr./ra. con su firma al lado de la corrección.
- Deberá adjuntar también, fotocopia del Documento Nacional de Identidad del solicitante, y en su caso, del cónyuge, pegándolas en el lugar reservado al efecto.
- Datos a llenar en la solicitud: En el reverso de esta solicitud se especifican todas las instrucciones necesarias para su cumplimentación. Por ello, deberá leerlas con detenimiento antes de rellenarla.



