

Cubrir por médico de SERGAS ou do programa de tratamento de referencia

INFORME MÉDICO

(Ánexo á solicitude de ingreso en Piso de acollida)

Recoñecemento efectuado polo/a Doutor/a D/^a _____

colexiado/a nº_____ médico de_____ Localidade_____ tlfno:_____

Informa:

Que D/D^a_____ con data de nacimiento_____ e D.N.I._____

NON SI

Padece enfermidade infecto-contaxiosa:

NON SI

en caso afirmativo ; atópase en fase activa?: NON SI

en caso afirmativo: ¿Cal?

¿Implica risco para a convivencia con outras persoas? NON SI

Padece enfermidade física ou psíquica que requira unha hospitalización ou atención específica de persoal sanitario e/ou que dificulte a convivencia NON SI

Datos sanitarios de interese (antecedentes clínicos, alerxias a medicamentos, necesidade de dieta alimenticia, etc)

Pautas de tratamento farcacolóxico que existan na actualidade

Vigo, _____ de _____ de 20

Selo sinatura