



EXPTE. B. SOCIAL :

LISTA DE AGARDA:

EXPTE. XESTIÓN:

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 nacemento _____ e D.N.I. _____

Presenta limitacións físicas e psíquicas que lle fagan dependente de terceiras persoas para as actividades da vida diaria 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 farmacolóxico que existan na actualidade

Vigo, _____ de _____ de 20

Selo

sinatura