

INFORME MÉDICO

Informe emitido por el/la doctor/a D./D^a _____
Colegiado núm. _____ de _____ médico de _____
a D./D^a _____

(Cumplimentar lo que corresponda en cada apartado)

1) Diagnóstico:

2) Cualquier recomendación necesaria que haya de tenerse en cuenta durante su estancia en el programa (dieta, algún cuidado especial, medicación específica) _____

3) La persona se vale por sí misma para realizar las actividades básicas de la vida diaria:

- Sí
No

Rogamos se especifique cualquier dato que a su juicio considere necesario que conozcan los servicios médicos del establecimiento donde se hospede el usuario:

(Firma del facultativo, sello y fecha)

Autorizo a la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia para que traslade este informe a los servicios médicos del programa "No estés solo en Navidad".

Firma del solicitante