

ANEXO V.

INFORME MEDICO EN RELACIÓN A LA SALUD FÍSICA Y PSÍQUICA DE LOS SOCILICITANTES DE ACOGIMIENTO FAMILIAR.

D/Dª.....

Médico, con ejercicio profesional en.....

Y nº de colegiado

INFORMO

Que D/Dª.....

De años de edad, domiciliado/a en la (Calle , población y provincia).....

D.N.I./N.I.E:.....

Padece

No padece

☐

Enfermedad crónica grave, degenerativa o invalidante, o minusvalía grave o enfermedad aguda grave.

En caso afirmativo, especificar:

Diagnostico:.....

Existencia de limitaciones severas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria

NO ☐ SI ☐ (especificar cuales).....

Terapéutica actual

Pronóstico (a título informativo).....