

MODELO DE INFORME MÉDICO

D./na: _____, colexiado/a
nº: _____ Centro de Saúde: _____

I N F O R M A

Que o/a paciente D./na: _____,

Presenta as seguintes patoloxías diagnosticadas:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Polo que precisaría **axuda externa** para as seguintes actividades:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

En Fene, a _____ de _____ de 20____.

Sinatura do/a colexiado/a

C.I.F.: P-1503600-G