



INFORME MÉDICO

(A encher polo/a facultativo/a)

RECOÑECEMENTO EFECTUADO POLO/A DOUTOR/A

D.D.^a _____

COLEXIADO/A EN _____ CO NÚM. _____

CON CENTRO DE TRABALLO PROFESIONAL EN _____

O/A SOLICITANTE DE ADOPCIÓN D./D.^a _____ DE _____ ANOS DE IDADE

INFORMA:

PADECE ENFERMIDADE INFECTO-CONTAXIOSA? Si Non

PADECE ENFERMIDADE EN ESTADO TERMINAL? Si Non

PADECE ALGÚN TIPO DE CONDUTA/S ADITIVA/S? Si Non
(EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR CAL/ES)

INFORMA:

PATOLOXÍA	LIXEIRA	MODERADA	GRAVE	MOI GRAVE
MUSCULOESQUELÉTICA				
NEUROLÓXICA				
RESPIRATORIA				
CARDIOVASCULAR				
HEMATOPOÉTICA				
DIXESTIVA				
XENITOURINARIA				
ENDOCRINA				
NEOPLASIA				
VISUAL				
AUDITIVA				
LINGUAXE				
RETRASO MENTAL				
ENFERMIDADE MENTAL				

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

OBSERVACIÓNS

En caso de padecer transtornos psico-afectivos están compensados coa medicación? Si Non

OUTRAS

E para que así conste onde proceda, por solicitude da persoa interesada, asino o presente informe:

En _____, a _____ de _____ de 201__

Sinatura e selo