

INFORME MÉDICO SOBRE ALTA HOSPITALARIA

D./Dña.....

.....
con el nº de colegiado....., a solicitud del/de la interesado/a y para su presentación en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, señalo que

-D./ Dña:.....

.....
con N.I.F.:

-Fecha de alta hospitalaria: ___ / ___ / _____

-Descripción de las secuelas temporales que afecten gravemente a la movilidad y le impida valerse por sí mismo para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

-La estimación del período de rehabilitación para que pueda valerse por sí mismo para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) es de:

Asimismo, señalo que no precisa atención hospitalaria, ni cuidados de enfermería intensivos y/o especializados y que requiere una estancia temporal en una residencia asistida o en centro de día y de noche para su rehabilitación.

En _____, a ____ de _____ de _____

Fdo.: