

## 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.: