

INFORME PSICOLÓGICO/MÉDICO

D./D^a Licenciado/a / Doctor/a en Psicología/Medicina y Cirugía, especialista en, inscrito/a en el Colegio Oficial de Psicólogos/Médicos de....., con el nº de colegiado, adscrito, en su caso, al Centro....., dependiente de (*Administración Pública*), a solicitud del/de la interesado/a y para su presentación en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, señalo que

D./D^a

NIF: Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ :

- Drogodependencia/s por la/s que se encuentra afectado/a:

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

- Trastornos psíquicos o dolencias físicas que padece actualmente, derivados o relacionados con dicha conducta adictiva (*opcional*):

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

- Posibles consecuencias psíquicas, físicas o sociales del mantenimiento prolongado de la/s dependencia/s (*opcional*):

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

Precisa, por ello, un tratamiento integral de su/s drogodependencia/s dirigido a su rehabilitación y a su reinserción sociolaboral.

Dicho tratamiento sería recomendable que comprendiera:

- Terapia/s a aplicar (de tipo farmacológico, psicológico, etc):

.....
.....

- Número aproximado de sesiones:

- Otras actividades (talleres, manualidades, deportes, aire libre, etc) :

.....
.....

_____, a ____ de _____ de _____

(*Firma del/de la psicólogo/a o facultativo/a*)