

INFORME PSICOLÓGICO/MÉDICO

D./Dña. Licenciado/a / Doutor/a en
Psicoloxía/Medicina y Cirurxía, especialista en,
inscrito/a no Colexio Oficial de Psicólogos/Médicos de....., co
num de colexiado/a....., adscrito/a, se é o caso, ao Centro.....,
dependente de (*Administración Pública*), por solicitude do/da
interesado/a e para a súa presentación na Mutualidade Xeral de Funcionarios Civís do Estado,
sinalo que:

D./Dña.

NIF: Data de nacemento: ____ / ____ / ____ :

- Dependencia/s pola/s que se atopa afectado/a:

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

- Trastornos psíquicos ou doenzas físicas que padece actualmente, derivados ou relacionados
coa dita conduta aditiva (*opcional*):

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

- Posibles consecuencias psíquicas, físicas ou sociais do mantemento prolongado de da/s
dependencia/s (*opcional*):

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

Precisa, por iso, un tratamento integral da/s súa/s dependencia/s dirixido á súa rehabilitación .

O dito tratamento sería recomendable que comprendera:

- Terapia/s a aplicar (de tipo farmacolóxico, psicolóxico, etc):

.....
.....

- Número aproximado de sesións:

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

.....
.....

_____, a ____ de _____ de _____

(*Sinatura do/da psicólogo/a ou facultativo/a*)