

## INFORME MÉDICO SOBRE ALTA HOSPITALARIA

D./Dña.....  
co núm. de colexiado/a....., a solicitude do/da interesado/a e para a súa presentación na Mutualidade Xeral de Funcionarios Civís do Estado, sinalo que

-D./ Dña: .....

co NIF: .....

- Data de alta hospitalaria: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Descrición das secuelas temporais que afecten gravemente á mobilidade e que lle/a impidan valerse por si mesmo/a para o desenvolvemento das actividades básicas da vida diaria (ABVD):

- A estimación do período de rehabilitación para que poida valerse por si mesmo/a para o desenvolvemento das actividades básicas da vida diaria (ABVD) é de:

Así mesmo, sinalo que non precisa atención hospitalaria, nin coidados de enfermería intensivos e/ou especializados e que require unha estancia temporal nunha residencia asistida ou nun centro de día e de noite para a súa rehabilitación.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Asdo.: O/a facultativo/a