

INFORME MÈDIC SOBRE ALTA HOSPITALÀRIA

Senyor/a.....
amb núm. de col·legiat/col·legiada....., a sol·licitud de la persona interessada
i per a presentar a la Mutualitat General de Funcionaris Civils de l'Estat, assenyalo que
.....

amb NIF:

- Data d'alta hospitalària: ____ / ____ / _____
- Descripció de les seqüeles temporals que afecten greument a la mobilitat i li/a impedeixen valer-se per si mateix/a per al desenvolupament de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD):

- L'estimació del període de rehabilitació per a que pugui valer-se per si mateix/a per al desenvolupament de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) és de:

.....

També, assenyalo que no precisa atenció hospitalària, ni cures d'infermeria intensives i/o especialitzades i que requereix una estada temporal en una residència assistida o en centre de dia i de nit per a la seva rehabilitació.

a _____, ____ d _____ de _____

Firmat: