XUNTA DE GALICIA
VICEPRESIDENCIA
DA IGUALDADE E DO BENESTAR
Secretaría Xeral do Benestar
Dirección Xeral de Acción Social

ANEXO II.B

Para cubrir polo/a médico/a do Servizo Galego de Saúde ou por un/unha médico/a doutras administracións públicas que traten habitualmente o/a solicitante.

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
VALORACIÓN DO GRAO E NIVEL DE DEPENDENCIA	**VP210A**	**INFORME**

INFORME DE SAÚDE DE MENORES DE TRES ANOS

Dada a incidencia deste informe na avaliación do expediente de solicitude para a valoración do grao e nivel de dependencia, é importante que cubran todos os datos contidos neste.

Recoñecemento efectuado por.....Colexiado/a.....

Médico/a de.....

A/O solicitante de valoración do grao e nivel de dependencia:

D./D.ª (nome e apelidos) ..... Data de nacemento.....

DNI/Pasaporte .....

INFORMA

1. Indique os diagnósticos das enfermidades, enfermidade mental, discapacidade intelectual, outras condicións de saúde e/ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, crónico, prolongado ou de longa duración que presenta:

Diagnóstico	Código CIE 10/Outros

2. No caso de nenos entre 0 e 6 meses, indique:

O peso no momento de nacer en gramos:

3. Indique os tratamentos actuais que ten prescritos:

Farmacolóxico	
Psicoterapéutico	
Rehabilitador	
Hixénico-dietético	
Outros	

4. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas:

5. Se entre as patoloxías descritas algunha cursa en brotes, indique :

Patoloxía/s:	Frecuencia no último ano:

SELO
SINATURA DO MÉDICO , de de 200

(Para cubrir pola Administración)

RECIBIDO	NÚMERO DE EXPEDIENTE
	DATA DE ENTRADA / /
REVISADO E CONFORME	DATA DE EFECTOS / /
	DATA DE SAÍDA / /

Delegado/a provincial da Igualdade e do Benestar de _____