

INFORME MÉDICO

D/Dña.....
Licenciado/a o Doctor/a en Medicina y Cirugía.....
.....

con el número de Colegiado

A solicitud del/de la interesado/a, y para su presentación en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, señalo que

-D/Dña.....
con NIF.....

-Diagnóstico de la enfermedad neoplásica padecida (CIE-10):

.....
.....

-Fecha del diagnóstico inicial

.....

-Tratamientos aplicados (*indicar, según el caso, tipo de cirugía realizada, o tratamiento aplicado: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, otros*) y fecha de realización/finalización de los mismos.

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

-Descripción de las secuelas de los tratamientos aplicados, que justifican la indicación:

- ☐ Alopecia secundaria
- ☐ Alteraciones mamarias post-tratamiento
- Alteraciones dermatológicas

En....., a..... de de

Fdo: