

INFORME MÉDICO

D/Dna.....

Licenciado/a ou Doutor/a en Medicina e Cirurxía.....

co número de colexiado

A solicitude do/da interesado/a, e para a súa presentación na Mutualidade Xeral de Funcionarios Civís do Estado, sinalo que

D/Dna:

con NIF.....

-Diagnóstico da enfermidade neoplásica padecida (CIE-10):

.....

.....

-Data do diagnóstico inicial

.....

-Tratamentos aplicados (*indicar, segundo o caso, tipo de cirurxía realizada, o tratamento aplicado: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, outros*) e data da súa realización/finalización.

.....

.....

.....

.....

-Descrición das secuelas dos tratamentos aplicados, que xustifican a indicación:

- ☐ Alopecia secundaria
- ☐ Alteracións mamarias post-tratamento

Alteracións dermatolóxicas

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

Asdo: