MINISTERIO
PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL
Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

INFORME MÉDICO SOBRE ALTA HOSPITALARIA

D./Dña.....

con el nº de colegiado/a....., a solicitud de la persona interesada y para su presentación en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, señalo que

-D./ Dña:.....

-con N.I.F.: .....

-Fecha de alta hospitalaria: ___ / ___ / _____

-Descripción de las secuelas temporales que afecten gravemente a la movilidad y le impidan valerse por sí mismo/a para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

-La estimación del período de rehabilitación para que pueda valerse por sí mismo/a para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) es de: .....

Asimismo, señalo que no precisa atención hospitalaria, ni cuidados de enfermería intensivos y/o especializados y que requiere una estancia temporal en una residencia asistida o en centro de día y de noche para su rehabilitación.

En_____, a ____ de _____ de_____

Fdo.:

LIMPIAR FORMULARIO