

**ANEXO I - Informe Médico**

**1. Condición de la persona objeto del Informe**

Persona en situación de dependencia  Su cuidador

**2. Datos de la persona objeto de este Informe**

|   |                  |               |               |
|---|------------------|---------------|---------------|
| Primer Apellido   | Segundo Apellido | Nombre        | NIF / NIE     |
| Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera) |                  |               | Código Postal |
| Localidad   | Provincia        | Nº expediente |               |

**3. Informe Médico**

NOTA IMPORTANTE: En los dos supuestos posibles para la emisión de este Informe Médico ("Empeoramiento de la persona dependiente" o "Situación sobrevenida y temporal de su cuidador") es necesario indicar el PERIODO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN, teniendo en cuenta que dicha estancia es de treinta días, prorrogable hasta un máximo de sesenta.

**4. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

|  |                    |
|--|--------------------|
| Informe emitido por Don/Doña .....               | (Sello del Centro) |
| Colegiado nº.....CIASS del Centro.....           |                    |
| En ....., a ..... de ..... de 20.....<br>(firma) |                    |