



XUNTA DE GALICIA
 VICEPRESIDENCIA
 DE LA IGUALDAD Y DEL BIENESTAR
 Secretaría General del Bienestar
 Dirección General de Acción Social

ANEXO II.B

A rellenar por el/a médico/a del Servicio Gallego de Salud o por un/a médico/a de otras administraciones públicas que traten habitualmente al solicitante.

PROCEDIMIENTO VALORACIÓN DEL GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO VP210A	DOCUMENTO INFORME
---	---	-----------------------------

INFORME DE SALUD DE MENORES DE TRES AÑOS

Dada la incidencia de este informe en la evaluación del expediente de solicitud para la valoración del grado y nivel de dependencia, es importante que cubran todos los datos contenidos en este informe.

Reconocimiento efectuado por Colegiado/a
 Médico/a de
 La/El solicitante de valoración del grado y nivel de dependencia:
 D./D.ª(nombre y apellidos) Fecha de nacimiento
 DNI/pasaporte

INFORMA

1. Indique el diagnóstico de las enfermedades, enfermedad mental, discapacidad intelectual, otras condiciones de salud y/o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, crónico, prolongado o de larga duración que presenta:

Diagnóstico	Código CIE 10 / Otros
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. En caso de niños entre 0 y 6 meses, indique:

El peso en el momento de nacer en gramos:

3. Indique los tratamientos actuales que tienen prescritos:

Farmacológico	<input type="text"/>
Psicoterapéutico	<input type="text"/>
Rehabilitador	<input type="text"/>
Higiénico-dietético	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>

4. Indique las medidas de soporte funcional y ayudas técnicas que tiene prescritas:

5. Si entre las patologías descritas, alguna cursa en brotes, indique :

Patología/s: Frecuencia en el último año

SELLO	(A rellenar por la Administración)	NÚMERO DE EXPEDIENTE
		FECHA DE ENTRADA
FIRMA DEL MÉDICO	RECIBIDO	FECHA DE EFECTOS
	REVISADO Y CONFORME	FECHA DE SALIDA

Lugar y fecha _____ de _____ de 2007

Delegado/a provincial de la Igualdad y del Bienestar de