

SUPOSTO DE AXUDA: AXUDAS PARA A COBERTURA DE MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS DE ENFERMIDADES CRÓNICAS OU GRAVES, CANDO TEÑAN UN CUSTO ELEVADO (ARTIGO 8)

CERTIFICADO MÉDICO

NOME E APELIDOS DO/DA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D^a.

CERTIFICA

Que unha vez efectuado o correspondente recoñecemento médico á persoa doente (nome e apelidos en maiúscula):

D./D^a.

- INFORMO DE QUE ESTÁ AFILIADO/A E TEN A COBERTURA DA SEGUINTE MUTUALIDADE/ENTIDADE SANITARIA:

- PADECE AS SEGUINTE ENFERMIDADES (descrición das enfermidades, da súa gravidade e das súas consecuencias e limitacións):

QUE TEÑEN CARÁCTER:

CRÓNICO

GRAVE

TEMPORAL OU NON GRAVE

- PARA AS CALES NECESITA TOMAR A SEGUINTE MEDICACIÓN:

NOME DA MEDICACIÓN	DOSE

- OUTROS TIPOS DE TRATAMENTOS NECESARIOS QUE PODEN OCASIONAR CUSTOS Á PERSOA INTERESADA:

Lugar e data

, de de

SINATURA, Nº DE COLEXIADO/A E SELO DO/DA FACULTATIVO/A

SELO DA ENTIDADE

REFRENDO DA ENTIDADE
MÉDICA GALEGA/ESPAÑOLA