

INFORME MÉDICO
PARA PARTICIPACIÓN NO PROGRAMA DE
ENVELLECIMIENTO ACTIVO

ANEXO I (S-SOC-09)

DATOS DO/A FACULTATIVO/A

Persoa física: Nome

Primeiro Apelido

Segundo Apelido

Nº Colexiado/a

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

Persoa física: Nome

Primeiro Apelido

Segundo Apelido

DNI NIE Pasaporte

Idade

Teléfono

INFORMACIÓN CLÍNICA DE INTERESE

- O/A paciente presenta unha diminución nas capacidades psicofísicas para a realización dalgunha das seguintes actividades:

Ioga Ximnasia rehabilitadora Taller de memoria

- As limitacións son:

Crónicas Recuperables

RECOMENDACIÓNS PARA O/A TERAPEUTA

Limitacións físicas ou funcionais a ter en conta:

Limitacións ou trastornos cognitivos a ter en conta:

DATA E SINATURA

Narón,

de

de

O/a facultativo/a

Asdo.