

*** DATOS DO FACULTATIVO**D./D^a. _____

Colexiado/a nº: _____

Que presta os seus servizos no centro: _____

*** DATOS DE IDENTIFICACIÓN DO NENO/A CON DISCAPACIDADE**

Nome e apelidos: _____

Dni: _____

Número de cartón sanitario: _____

*** TRASTORNO, ALTERACIÓN, SÍNDROME ou ENFERMIDADE**

▪ Denominación: _____

▪ Indicar que tipo de patoloxía, limitación e ou necesidades especiais lle ocasionan:

▪ Indicar que tipo de atencións especiais ou apoios precisa:

▪ Outras observacións que considere oportuno resaltar (tratamento, terapias, etc.):

▪ Achega informes complementarios: ☐ Si ☐ Non

Lugar e data:

Sinatura do persoal facultativo e selo da institución sanitaria: