

Informe / Certificado para el cuidado del menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave

1.- Datos del facultativo del Servicio Público de Salud

Apellidos y nombre	Nº Colegiado	Calidad de
--------------------	--------------	------------

Declara que

2.- Datos del menor

Apellidos y nombre	DNI-NIE-pasaporte
--------------------	-------------------

3.- Datos de progenitores, adoptantes o acogedores

Apellidos y nombre	DNI-NIE-pasaporte
--------------------	-------------------

Apellidos y nombre	DNI-NIE-pasaporte
--------------------	-------------------

está afectado por la enfermedad

y por cuyo diagnóstico y tratamiento ha permanecido ingresado en el Centro durante _____ días, desde el día _____ hasta el día _____

Requiere continuar el tratamiento de

y dicho tratamiento requiere los siguientes cuidados directos, continuos y permanentes (en caso de ser necesario adjuntar en hoja aparte):

por un tiempo estimado de _____, desde _____ hasta _____

4.- Datos del facultativo y centro privado, en su caso

Apellidos y nombre	Nº Colegiado	Calidad de
--------------------	--------------	------------

Centro sanitario
