

ANEXO II

INFORME MÉDICO

FACULTATIVO/A	
NÚM. COLEGIADO/A	

PACIENTE / SOLICITANTE	
-----------------------------------	--

Se mite el siguiente informe médico sobre el paciente solicitante, al efecto de su solicitud de comisión de servicios según las causas contempladas en la convocatoria:

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGÍA ACTUAL	
FECHA DE INICIO (si procede)	

SINTOMATOLOGÍA

--

TRATAMIENTO	
FECHA DE INICIO <i>(si procede)</i>	

CAUSA POR LA QUE SERÍA CONVENIENTE UN CAMBIO DE DESTINO

En _____ a ____ de _____ de 2024

Firma del facultativo/a