

ANEXO II

INFORME MÉDICO

FACULTATIVO/A	
NÚM. COLEGIADO/A	

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

Se emite 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 <i>(si procede)</i>	

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