

**ANEXO II  
INFORME MÉDICO**

<b>FACULTATIVO/A</b>	
<b>NÚM. COLEGIADO/A</b>	

<b>PACIENTE / SOLICITANTE</b>	
-----------------------------------	--

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:

<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>

<b>PATOLOGÍA ACTUAL</b>	
<b>FECHA DE INICIO</b> <i>(si procede)</i>	

<b>SINTOMATOLOGÍA</b>



--

TRATAMIENTO	
-------------	--

<b>FECHA DE INICIO</b> <i>(si procede)</i>	
---	--

--

CAUSA POR LA QUE SERÍA CONVENIENTE UN CAMBIO DE DESTINO
---

--

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

**Firma del facultativo/a**