

DIRECCION PROVINCIAL DE _____

INFORME MÉDICO

El/la Doctor/a _____ Nº de colegiado _____

del Servicio de _____

del Centro Sanitario _____

Informa que el paciente _____

no podrá asistir a su centro educativo en un tiempo previsible de

lo que se justifica a los efectos de la atención educativa del alumno/a, por el
Equipo de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria (EAEHD).

En _____ a _____ de _____ de 200_____

Fdo. : _____ SELLO

Cuando la causa de la baja se relacione con patologías de salud mental esta solicitud deberá ir acompañada de unas orientaciones iniciales del departamento de psiquiatría que incluirán unas pautas de actuación para poder realizar el apoyo educativo de forma adecuada.

Teléfono contacto psiquiatría:

**Horario de coordinación de psiquiatría
con el profesorado EAEHD:**

** Cuando la causa de la baja se relacione con enfermedades infectocontagiosas esta solicitud deberá ir acompañada de unas orientaciones médicas sobre medidas preventivas para el profesorado.*