



INFORME MÉDICO PARA EL EQUIPO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA

Delegación 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 _____

Sello

Firmado
Doctor/a:

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.