



## INFORME MÉDICO PARA EL EQUIPO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA

Delegación Provincial de

### INFORME MÉDICO

El/la Doctor/a \_\_\_\_\_ N° 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.*