ANEXO IV

REEVALUACIÓN AED - INFORME MÉDICO

*** Las casillas que contengan este asterisco deberán estar cumplimentadas ya que la información aportada es imprescindible para la valoración del caso. En caso de no estar cumplimentado, el informe no será valorado en la comisión.**

El/la médico/a* .....

Número de colegiado*.....

Informa de el/la paciente* .....

que está siendo atendido/a en el Servicio de* .....

Centro Sanitario* .....

Después de reevaluar la necesidad (o no) de prorrogar la atención educativa domiciliaria debido a que esta atención llega a su fin próximamente, valora que el/la alumno/a arriba mencionado/a debe **(ELEGIR UNA DE LAS TRES OPCIONES**):

☐ **PRORROGAR** la Atención Educativa COMPLETA en el DOMICILIO (el alumno/a no puede acudir al centro educativo debido a su proceso de enfermedad y/o convalecencia. La atención domiciliaria será entre 4-8 horas semanales según etapa educativa).

TIEMPO ESTIMADO*: no podrá asistir a su Centro Educativo en un tiempo previsible de* ..... (días/semanas/meses).

Si se valora una **reincorporación al centro educativo**:

☐ **REINCORPORACIÓN** a su centro educativo y finalizar la atención educativa domiciliaria, incluyendo las recomendaciones sanitarias para la reincorporación que se detallarán más adelante en el siguiente informe.

☐ Proponer la REINCORPORACIÓN PROGRESIVA al centro mediante Atención Educativa **COMBINADA** entre el DOMICILIO y el CENTRO EDUCATIVO (la atención educativa será entre 2-4 horas semanales según etapa educativa). Concretar el número de sesiones/días semanales a los que va a poder asistir al centro educativo.....

TIEMPO ESTIMADO DE ATENCIÓN EDUCATIVA EN DOMICILIO Y CENTRO EDUCATIVO PARA REALIZAR LA REINCORPORACIÓN PROGRESIVA*: (días/semanas/meses):.....

Razones que justifican la elección de la modalidad (describir las razones médicas) *:

Propuesta de fechas y vías de comunicación con el centro educativo para poder colaborar (presencial/telefónica/mail) en el plan de reincorporación*:

Concreción de la incorporación al centro en caso de que así se valore. Información sanitaria relevante que los centros educativos deban tener en cuenta en su plan de reincorporación*:

Lo que se justifica a los efectos de que pueda ser incluido/a en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria.

En ..... , a ..... de ..... de 20.....

Firmado (profesional sanitario/a)*:

Sello*:

A/A DIRECCIÓN DEL CENTRO