

**ANEXO III  
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 doctor/a\* .....

Número de colegiación\* .....

Informa que el/la paciente\* .....

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

Centro Sanitario\* .....

TIEMPO ESTIMADO\*: no podrá asistir a su Centro Educativo en un tiempo previsible de\* .....

MODALIDAD\*: Se recomienda la siguiente Atención Educativa (siempre bajo prescripción sanitaria):

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)

Atención Educativa COMBINADA entre el DOMICILIO y el CENTRO EDUCATIVO (la atención educativa será entre 2-4 horas semanales según etapa educativa)

Por facilitar la reincorporación progresiva a su Centro

Por enfermedad crónica que conlleva bajas intermitentes

Concretar en la medida de lo posible el número de sesiones/días semanales a los que va a poder asistir al centro educativo previsiblemente.....

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

Circunstancias relevantes para la Atención Educativa que deba conocer el profesorado del Programa de Atención Educativa Domiciliaria\*:

Concreción de la incorporación al centro\*:

Alumnado atendido por Salud Mental\* (ÚNICAMENTE PARA ALUMNADO ATENDIDO POR SALUD MENTAL)

Acude a las consultas prescritas: SI  NO

Sigue las instrucciones o recomendaciones: SI  NO

Se ha coordinado o se coordinará en breve con el centro educativo para que este pueda diseñar un plan de seguimiento y/o reincorporación al centro: SI  NO

**(Estas primeras tres preguntas se tendrán en cuenta para la valoración del caso en la comisión)**

Se recomienda la incorporación paulatina al centro: SI  NO

**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