Región de Murcia
Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI,
Familias, Política Social y Transparencia

Dirección General de Familias y
Protección de Menores

INFORME MÉDICO

Efectuado por D./Dª.....
nº colegiado …… que presta sus servicios en
.....
para adjuntar a la solicitud de valoración de idoneidad/no idoneidad para la adopción.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

ANTECEDENTES A DESTACAR

.....

.....

……..

SITUACIÓN ACTUAL

Padece enfermedad infecto-contagiosa. ☐ Sí ☐ No
Especificar:.....

Presenta trastornos psíquicos. ☐ Sí ☐ No.
Especificar:.....

Presenta trastonos enfermedad crónica grave. ☐ Sí ☐ No.
Especificar.....

Presenta enfermedad invalidante o degenerativa. ☐ Sí ☐ No.
Especificar.....

Presenta dependencia a drogas. ☐ Sí ☐ No
Especificar.....

OTROS.....
.....
……
……
……

Actualmente está sometido a tratamiento:

- Médico ☐ Si ☐ No.
- Psicológico ☐ Sí ☐ No

Especificar.....
……...

OBSERVACIONES

.....
.....
……
……

Murcia, a de de

Fdo.....