



INFORME MÉDICO PARA TRASLADO DE RESIDENCIA

Para la aplicación a la solicitud de traslados entre distintas Residencias para personas mayores con plazas públicas gestionadas por la Comunidad Autónoma:

Emitido por el/la médico D./Dña: _____

Colegiado/a en _____ con el nº _____ que presta sus servicios en la residencia de personas mayores: _____

INFORMA:

Que Dº/Dª _____ D.N.I.: _____

Presenta el siguiente **diagnóstico**:

Así mismo informa que:

- Presenta patología que precisa revisiones periódicas en un centro sanitario ubicado en la localidad para la cual se solicita el traslado.
- El clima o la situación geográfica de la Residencia en la que reside afecta desfavorablemente en la salud del usuario.
- Existe concurrencia de circunstancias de extrema gravedad para la vida del usuario que le impiden permanecer en la Residencia de origen.

OBSERVACIONES:

_____ a _____ de _____ 2.0_____

Firma del médico,