



SUPUESTO DE AYUDA: AYUDAS PARA LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS O GRAVES, CUANDO TENGAN UN COSTE ELEVADO (ARTÍCULO 8)

CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D<sup>a</sup>.

CERTIFICA

Que una vez efectuado el correspondiente reconocimiento médico a la persona paciente (nombre y apellidos en mayúscula):

D./D<sup>a</sup>.

- INFORMO DE QUE ESTÁ AFILIADO/A Y TIENE LA COBERTURA DE LA SIGUIENTE MUTUALIDAD/ENTIDAD SANITARIA:

- PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES (descripción de las enfermedades, de su gravedad y de sus consecuencias y limitaciones):

QUE TIENEN CARÁCTER:  CRÓNICO  GRAVE  TEMPORAL O NO GRAVE

- PARA LAS QUE NECESITA TOMAR LA SIGUIENTE MEDICACIÓN:

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN	DOSIS

- OTROS TIPOS DE TRATAMIENTOS NECESARIOS QUE PUEDEN OCASIONAR COSTES A LA PERSONA INTERESADA:

Lugar y fecha

[ ] , [ ] de [ ] de [ ]

FIRMA, N° DE COLEGIADO/A Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A

SELLO DE LA ENTIDAD

REFRENDO DE LA ENTIDAD MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA