

DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1.- DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Número de la Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono
Relación con el menor <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente		

2.- DATOS DEL MÉDICO responsable de la asistencia sanitaria del paciente menor

Apellidos y nombre		Nº colegiado
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro Sanitario	Localidad
<input type="checkbox"/> Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud <input type="checkbox"/> Entidad sanitaria privada(1)		

3.- DATOS DEL PACIENTE MENOR

Primer apellido	Segundo apellido	
Nombre	Fecha de nacimiento	DNI-NIE-Pasaporte(2)
Diagnóstico		
CÓDIGO(3):		
Fecha de ingreso hospitalario Desde: Hasta:	Hospital	

4.- PERIODO ESTIMADO DE DURACIÓN de la necesidad de **cuidado directo, continuo y permanente** por parte del progenitor/acogedor

Desde:	Hasta:
--------	--------

En a de de 20

Firma y sello

5.- CERTIFICADO DEL MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD(4)

Apellidos y nombre		Nº colegiado o Nº ident. facultativo
Especialidad/Cargo	Centro Sanitario y Servicio Público de Salud	Localidad

6.- PERIODO ESTIMADO DE DURACIÓN de la necesidad de **cuidado directo, continuo y permanente** por parte del progenitor/acogedor

Desde:	Hasta:
--------	--------

En a de de 20

Firma y sello

(1): Indicar nombre de la entidad sanitaria.

(2): Para mayores de 14 años.

(3): Indicar el código de diagnóstico que aparece en el listado de enfermedades en la Orden Ministerial.

(4): Cumplimentar únicamente si el médico responsable de la asistencia sanitaria del menor pertenece a una entidad sanitaria privada.