

A N E X O III

 GOBIERNO DE ARAGON Departamento de Servicios Sociales y Familia	INFORME MÉDICO para el ingreso en Centros Residenciales (Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia)	 iass Instituto Aragonés de Servicios Sociales Identificador de Registro
Espacio para validación mecánica		

1. DATOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI / NIE
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera)			Código Postal
Localidad	Provincia	Nº expediente AGE-SAAD DGAT.....	

2. INFORME MÉDICO

Referido a (indicar lo que proceda) ☐ Persona en situación de dependencia ☐ Su cuidador

NOTA IMPORTANTE: En el supuesto de emitir este informe con motivo de una SOLICITUD DE ESTANCIA TEMPORAL en Centro Residencial, que puede darse tanto por "empeoramiento de la persona dependiente" como por "situación sobrevenida y temporal de su cuidador", indique el período estimado de recuperación, teniendo en cuenta que dicha estancia tendrá una duración máxima de sesenta días.

3. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Informe emitido por Don/Doña Colegiado nº.....CIASS del Centro..... En, a de de 20..... (firma)	(Sello del Centro)
--	--------------------