



### INFORME PARA EL CUIDADO DEL MENOR AFECTADO POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

**1.- DATOS DEL**  **PROGENITOR/A,**  **ADOPTANTE**  **ACOGEDOR/A**

Apellidos y nombre					DNI-NIE-pasaporte					
Domicilio habitual: (calle o plaza)						Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal		Localidad								
Provincia						Número de la Seguridad Social				

**2.- DATOS DEL MENOR**

Apellidos y nombre					DNI-NIE-pasaporte					
Fecha de nacimiento		Ingreso hospitalario en la localidad de								
Afectado por										
<input type="checkbox"/> Que requirió ingreso hospitalario con fecha .....										
<input type="checkbox"/> Que requiere tratamiento continuado de la enfermedad por un tiempo estimado desde ..... hasta .....										

**3.- DATOS DEL FACULTATIVO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD**

Apellidos y nombre										
Número de colegiado										

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma y sello