



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación, Cultura y Deportes
Equipos de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria
EE.A.E.H.D. de Castilla-La Mancha

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE _____

INFORME MÉDICO

El/la Doctor/a _____ Nº de colegiado/a _____

del Servicio de _____

del Centro Sanitario _____

Teléfono de contacto: _____

Horario de coordinación con el profesorado del EAEHD: _____

Informa de que el/la paciente _____

no podrá asistir a su centro en un tiempo previsible de (indicar número de días o meses):

Lo que se justifica a los efectos de la atención educativa del alumno/a por el Equipo de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria (EAEHD).

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Fdo. : _____ SELLO

** Cuando la causa de la convalecencia se relacione con **patologías de salud mental**, esta solicitud deberá ir acompañada de unas orientaciones iniciales del Servicio de Psiquiatría que incluirán unas pautas de actuación para poder realizar el apoyo educativo de forma adecuada. Así mismo, la intervención se ajustará al Protocolo Específico para este tipo de casos, incluyendo coordinaciones periódicas para realizar un seguimiento y adecuación de la atención educativa domiciliaria a la evolución de la enfermedad.*

** Cuando la causa de la convalecencia se relacione con **enfermedades infectocontagiosas, que puedan requerir medidas de prevención e higiene adicionales o que presenten características especiales**, esta solicitud deberá ir acompañada de unas orientaciones médicas sobre medidas preventivas para el profesorado, manteniéndose coordinaciones periódicas para adecuar la intervención a la evolución de la patología.*