

**INFORME MÉDICO EN RELACIÓN A LA SALUD FÍSICA  
Y PSÍQUICA DE LOS SOLICITANTES  
DE ADOPCIÓN**

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

Médico, con ejercicio profesional en .....

y nº de colegiado .....

**INFORMO**



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

De ..... años de edad, domiciliado/a en (calle, población y provincia) .....

D.N.I.: .....

Padece	<input type="checkbox"/>	<i>Enfermedad crónica grave, degenerativa o invalidante, o minusvalía grave, o enfermedad aguda grave.</i>
No padece	<input type="checkbox"/>	

**En caso afirmativo, especificar:**

Diagnóstico .....

Existencia de limitaciones severas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.  NO  SI (especificar cuáles) .....

Terapéutica actual .....

Pronóstico (a título orientativo) .....

<b>Padece</b> <input type="checkbox"/>	<i>Sintomatología sugerente de dependencia a drogas que condicionen el comportamiento general de la persona.</i>
<b>Ha padecido</b> <input type="checkbox"/>	
<b>No padece</b> <input type="checkbox"/>	

**En caso afirmativo (presente o antecedente), especificar:**

Tipo de sustancia/s: .....

Duración de la adicción (inicio y fin – en su caso): .....

Intentos de desintoxicación – deshabituación: .....

Situación actual en relación con la dependencia: .....

¿Existen, a su juicio, limitaciones severas en el desarrollo personal y/o profesional, derivadas de la situación de dependencia?

NO  SI (detallar, si procede) .....

<b>Padece</b>	<input type="checkbox"/>	<i>Enfermedad mental grave</i>
<b>Ha padecido</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>No padece</b>	<input type="checkbox"/>	

**En caso afirmativo (presente o antecedente), especificar:**

Diagnóstico: .....

.....

.....

Medidas terapéuticas en la actualidad: .....

.....

.....

Situación actual desde el punto de vista evolutivo: .....

.....

.....

¿Existen, a su juicio, limitaciones severas en el desarrollo personal y/o profesional, derivadas de la situación de dependencia?

NO     SI (detallar, si procede) .....

.....

.....

.....

.....

Padece	<input type="checkbox"/>	<i>Algún otro tipo de enfermedad que, a su juicio, pueda limitar de forma grave el desarrollo personal y/o familiar.</i>
Ha padecido	<input type="checkbox"/>	
No padece	<input type="checkbox"/>	

**En caso afirmativo, especificar:**

Diagnóstico: .....

.....

Medidas terapéuticas en la actualidad: .....

.....

Situación actual desde el punto de vista evolutivo: .....

.....

¿Existen, a su juicio, limitaciones severas en el desarrollo personal y/o profesional, derivadas de la situación de dependencia?

NO  SI (detallar, si procede) .....

.....

En ..... a ..... de .....

Fdo.: .....