

**ANEXO**  
**INFORME ATENCIÓN SANITARIA ACOMPAÑADA Y DE MÍNIMA ESPERA**

**1. DATOS DEL PACIENTE**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera)		Código Postal
Localidad	Provincia	CIA

**2. INFORME**

Dada la situación clínica actual se considera que este paciente necesita, siempre que las disponibilidades del servicio lo permitan, sea atendido mediante:

- Atención acompañada**
- Atención de mínima espera**
- Ambas: Atención acompañada y de mínima espera**

Por lo tanto se SOLICITA sea incluida esta circunstancia en la Base de Datos de Usuarios y en el resto de aplicaciones informáticas del Departamento de Salud, Bienestar Social y Familia

**3. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES**

(imprescindible la firma de ambos profesionales, médico y trabajador social)

<p>Informe médico emitido por Colegiado nº _____ En _____ a _____ de _____ de 201</p> <p>Observaciones</p> <hr/> <hr/>
<p>Informe social emitido por Colegiado nº _____ En _____ a _____ de _____ de 201</p> <p>Observaciones</p> <hr/> <hr/>