

- 5.1 **EN CASO AFIRMATIVO SEÑALAR QUE MEDIDAS PREVENTIVAS SE DEBEN DE TOMAR A LA HORA DE PRESTAR EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.**

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS Y OBSERVACIONES: _____

En a de de

Fdo.: Doctor

Colegiado nº