

Comité de Recepción - Salud Mental

Datos personales:

Fecha:

Nombre:

Edad:

Sexo:

CI:

Teléfonos:

Derivación:

1.Iniciativa propia, 2:Médico general, 3:Otro médico, 4:Psiquiatra, 5:Psicólogo, 8:Otros, 9:Sin datos.

Tratamiento: Psiquiátrico

Psicoterapéutico

Situación:

Modo 2

Modo 3

Docente (Primaria)

Docente (Sec / Tec)

Educadores 1ª inf.

Personal de la salud

Edad 15 a 25 años

Madre deprimida 1º año de vida

Niño/adolescente dif. aprendizaje

Niño/adolescente prob. adaptativo

Niño int. quirúrgica alta complejidad

IAE

Niño/adolescente prob. adaptativo

Uso Problemático de Sustancias

F20

F31

Abandono/VD en infancia

Discapacidad física/mental - T. Espectro Autista

Diagnósticos:

Códigos: Diagnósticos

Entrevistas adicionales:

Fecha

Notas

Notas:

Conducta:

1. Modo 1 - 2: Modo 2 - 3: Modo 3
- 4: Policlínica de Psicología

1 Individual, 2 Pareja, 3 Familiar,
4 Grupal, 8 Otros, 9 Sin datos

Policlínica de
Psiquiatría