



Código Guía de Servicios 7402

**INFORME DE SALUD MENTAL PARA LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

**Datos personales**

Nombre	1r. apellido	2o. apellido	
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	Edad:	DNI/NIF

**Diagnóstico y Tratamiento)**

Diagnóstico Principal	CIE10	Tiempo transcurrido desde inicio del proceso			
		< 1 mes	2-6 meses	6-12 meses	> de 12 meses
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnósticos Secundarios</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Grado de Discapacidad Intelectual si la hubiere</b>		Leve 70-50/55	Moderado 50/55-35/40	Grave 35/40-20/25	Profundo <20/25
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemática asociada</b>		Psicológica	Psiquiátrica	Social	Sanitaria
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Describir:</b>					
<b>Tratamiento::</b>					

**Indique el tratamiento rehabilitador más adecuado para el paciente:**

NO PRECISA TRATAMIENTO REHABILITADOR

HOSPITAL DE DÍA  COMUNIDAD TERAPEUTICA  CENTRO DE REHABILITACIÓN DE MEDIA /LARGA ESTANCIA

CENTRO OCUPACIONAL/ CENTRO RESIDENCIAL (R. Internado) CENTRO DE DIA/C. OCUPACIONAL (R. externado)

PISO TUTELADO  OTROS  : \_\_\_\_\_

**Evolución:**

Indique la posible evolución de la enfermedad

Mejoría  Estable  Progresiva  Brotes  Continua  Deterioro progresivo



**Forma clínica predominante:**

Síndrome deficitario  Síntomas negativos  Síntomas positivos  Conducta desorganizada  Otras:

**Describir:**

**Situación Basal:**

**Trastornos de conducta**

AUTOLESION     HETEROAGRESIVIDAD     AGITACIÓN     ESTEROTIPIAS     RETRAIMIENTO     C. DISRUPTIVA  
 C. SOCIAL OFENSIVA     DESTRUCCIÓN DE OBJETOS     C. NO COLABORADORA     OTRAS ( ESPECIFICAR):

**Encamado**     **Falta de adherencia al tratamiento precisando medicación de liberación prolongada**

**Silla de ruedas**     **Ausencia de iniciativa**     **Ausencia de la coherencia en sus actuaciones**

**Restricciones a destacar**

		<b>si</b>	<b>no</b>
Vive solo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta restricción de la participación social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta deficiencia en el mantenimiento de la atención, concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de tareas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracaso en la adaptación a circunstancias estresantes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de actividad laboral normalizada salvo en periodos de descompensación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de actividad laboral en puestos adaptados, centro especial de empleo o con supervisión mínima en centros ocupacionales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imposibilidad de actividad laboral o rendimiento muy pobre en centros ocupacionales incluso con supervisión		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta anticipación y sentido del peligro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lecto-escritura comprensiva</b>	Adecuada a su edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Limitada a niveles elementales para su edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psico motricidad</b>	Adquirida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adquisición motriz incompleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	deficiencia en el control postural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Marcha independiente con o sin ayudas técnicas	<input type="checkbox"/>	
<b>Restricciones a destacar</b>		<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Lenguaje expresivo</b>	Lenguaje comprensible por no habituales a su entorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	comunicación comprensiva solo para sus habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comunicación muy primaria ( gestos, gritos , llantos, sonidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lenguaje comprensivo</b>	Comprensión adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Solo comprende ordenes verbales sencillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Solo comprende ordenes verbales simples si son imperativas o acompañadas con gestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Relación (1)</b>	Conducta adecuada en la relación con extraños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conducta adecuada en la Relación familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conducta adecuada en las relaciones informales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capacidad para gestionar adecuadamente el presupuesto cotidiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afectación cognitiva:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Las situaciones descritas con anterioridad interfiere en el desempeño de las actividades de la vida diaria de la siguiente manera:**

Las realiza por si solo de forma aceptable sin necesidad de apoyo, estímulo o supervisión	La realiza por si solo de forma aceptable sin necesidad de apoyo, estímulo o supervisión, PERO solo tareas y rutas aprendidas	La realiza por si solo con necesidad de supervisión o estímulo puntual en ambientes protegidos o conocidos	Necesita del apoyo de otra Persona de forma continuada incluso en ambientes protegidos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FECHA REVISIÓN POR EL EQUIPO DE SALUD MENTAL**

**RESULTADOS DE TEST REALIZADOS:**

Señale LOS RESULTADOS DE LOS TEST FUNCIONALES QUE SE HALLAN REALIZADO Y LA FECHA DE REALIZACIÓN

MINIMENTAL		-	
GDS		-	
WAISS		-	
-		-	

**OBSERVACIONES:**

Informe emitido por Dr/Dra: \_\_\_\_\_ Organismo Público: \_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_ Sello o Etiqueta y firma \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN SOCIOSANITARIA COMPLEMENTARIA

Centro de rehabilitación donde se encuentra atendido en la actualidad ( Si procede):

OBSERVACIONES:

Fdo:

Puesto:

Fecha

(1) Según la CIF

**Relacionarse con extraños**

Establecer contactos y vínculos temporales con desconocidos con propósitos específicos, como cuando se pregunta una dirección o se compra algo.

**Relaciones sociales informales**

Establecer relaciones con otros, como relaciones casuales con personas que viven en la misma comunidad o residencia, amigos, con compañeros de juego

**Relaciones familiares**

Crear y mantener, relaciones de parentesco, como con los miembros del núcleo familiar, con otros familiares, con la familia adoptiva o de acogida y con padrastros, madrastras, hijastros y hermanastros, relaciones más distantes como primos segundos o responsables legales de la custodia.