



DATOS DE FILIACIÓN

1) DATOS PERSONALES:

Apellidos, nombre:		Nacionalidad:	
Fecha de nacimiento:	Localidad:	Provincia:	
N.I.F.:	Nº. Tarjeta sanitaria:	Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H	Estado civil:

2) DIRECCIÓN ACTUAL DEL INTERESADO:

Residencia/hospital:			
Dirección:		Localidad:	
Provincia:	C.P.:	Teléfono:	Fax:

3) DATOS SERVICIO QUE LO DERIVA:

Apellidos, nombre:			
Centro y/o servicio:			
Dirección:		Localidad:	
Provincia:	C.P.:	Teléfono:	Fax
e-mail:			

4) OTROS DOCUMENTOS A PRESENTAR (Marcar con "X" lo que ha sido presentado)

- Fotocopia del D.N.I.
- Fotocopia de la Cartilla de la Seguridad Social.
- Fotocopia del grado de minusvalía del IASS (Si lo tiene).
- Fotocopia/s de informe/s de especialista (Si tiene).
- Informe psiquiátrico (si procede)
- Informe Social actual, realizado por un Trabajador Social (Puede suplir las págs. 7 a 10 de la Instancia).

En _____, a _____ de 2000.

Fdo. _____
(Firma del solicitante o su tutor)

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

1. HISTORIA CLÍNICA

1.1. Datos del médico:

Fecha de la valoración:	Apellidos, nombre del evaluado:
Nº Tarjeta Sanitaria:	Apellidos, nombre del médico:
Nº de colegiado:	Centro al que pertenece:

1.2. Diagnósticos clínicos fundamentales:

1.3. Otros diagnósticos de interés:

1.4. Alergias conocidas:

1.5. Alergias medicamentosas:

1.6. Antecedentes familiares:

1.7. Medidas higienico-dietéticas:

1.8. Terapéutica farmacológica:

Fármaco	Dosis/toma	Observaciones del Tto.	Inició	Termina

1.9. Medidas especiales de seguimiento terapéutico:

Fdo. _____
(Firma del médico)

2. HISTORIA TÓXICA:

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

SUSTANCIA	CONSUMO ANTERIOR	CONSUMO ACTUAL
	Periodo de Consumo	Veces (de cada 30 días)
OPIACEOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COCAÍNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANNABIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANFETAMINAS DE SINTESIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POPPERS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BENZODIAZEPINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANFETAMINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. PROGRAMAS DE DESINTOXICACIÓN:

INSTITUCIÓN	TIPO DE PROGRAMA	PERIODO	MOTIVO DE SALIDA	OBSERVACIONES

4. ANTECEDENTES TÓXICOS FAMILIARES:

4. EVALUACIÓN DE LA ESFERA PSÍQUICA:

4.1. Datos del médico:

Fecha de la valoración:	Apellidos, nombre del evaluado:
Nº Tarjeta Sanitaria:	Apellidos, nombre del médico:
Nº de colegiado:	Centro al que pertenece:

4.2. Diagnóstico psiquiátrico:

4.3. Rasgos psíquicos y medidas a tener en cuenta:

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

4.4. Antecedentes psiquiátricos familiares:

--

4.5. Ingresos psiquiátricos:

INSTITUCIÓN	MOTIVO DE INGRESO	PERIODO	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	OBSERVACIONES

Fdo. _____
(Firma del médico)

5. HISTORIA SOCIAL**5.1. Datos del Trabajador Social:**

Fecha de la valoración:	Apellidos, nombre del Trabajador Social:
Nº de colegiado:	Centro al que pertenece:

5.2. Datos del evaluado:

Apellidos, nombre:		Nacionalidad:	
Fecha de Nacimiento:	Localidad:		
Provincia:	N.I.F.:	Estado civil:	

5.3. Datos familiares:

Nombre del padre:			Edad:
Profesión:			
Fallecimiento: <input type="checkbox"/>	Fecha:	Causa del fallecimiento	
Datos de interés:			

Nombre de la madre:			Edad:
Profesión:			
Fallecimiento: <input type="checkbox"/>	Fecha:	Causa del fallecimiento	
Datos de interés:			

Nombre de la persona de contacto/tutor:			
Dirección:		Localidad:	
Provincia	Teléfono:	Fax:	Relación con el solicitante:
Datos de interés:			

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

HERMANOS:

NOMBRE	EDAD	DATOS DE INTERÉS

Nombre de la pareja:		Edad:
Profesión:		Situación legal actual:
Fallecimiento: <input type="checkbox"/>	Fecha:	Causa del fallecimiento
Datos de interés:		

HIJ@S:

NO TIENE HIJOS

NOMBRE	EDAD	DATOS DE INTERÉS

5.4. Genograma:

5.5. Áreas de socio-económicas:

ÁREA FAMILIAR	(Relaciones con sus parientes, amigos, núcleo convivencial...)
ÁREA ECONÓMICA	(Tipo de pensión, cuantía,...)
VIVIENDA	(Calidad de la vivienda, con quien vive, de quien es,...)
ÁREA EDUCATIVA	(Estudios cursados,..)
ÁREA LABORAL	(Situación actual, parado, jubilado, trabajando,...)
ÁREA LEGAL	(Causas pendientes, situación actual,...)
OTROS DATOS	

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

5.6. Situación actual por la que solicita el ingreso:

Fdo. _____
(Firma del trabajador social)

6. EVALUACIÓN¹

6.1. Evalúan:

Apellidos, nombre y cargo	Fecha de evaluación

6.2. Valoración área médica:

6.3. Valoración área económica:

6.4. Valoración área social:

6.5. Calificación final:

Sello

Fdo. _____
(Firma el Director)

¹ A cumplimentar por el centro

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.