



DATOS DE LA COMISIÓN INTERDISCIPLINAR DE TMG QUE REALIZA LA DERIVACIÓN

Área de Salud:

Dispositivo de Salud Mental de referencia:

Facultativo de referencia:

Teléfono: E-mail:

TIPO DE DISPOSITIVO RESIDENCIAL AL QUE SE PROPONE LA DERIVACIÓN

<p>RESIDENCIA COMUNITARIA <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de estancia</p> <p>Indefinida <input type="checkbox"/></p> <p>Transitoria <input type="checkbox"/></p> <p>Corta estancia <input type="checkbox"/> (especificar motivo): _____</p> <p>Respiro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>Urgencia social <input type="checkbox"/></p>	<p>VIVIENDA SUPERVISADA <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de supervisión</p> <p>Vivienda con supervisión diurna <input type="checkbox"/></p> <p>Vivienda con supervisión nocturna <input type="checkbox"/></p>
---	---

<p>Área de salud preferente:</p>	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Albacete</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Ciudad Real</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Cuenca</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Guadalajara</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Mancha Centro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Talavera</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Toledo</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Albacete	<input type="checkbox"/>	Ciudad Real	<input type="checkbox"/>	Cuenca	<input type="checkbox"/>	Guadalajara	<input type="checkbox"/>	Mancha Centro	<input type="checkbox"/>	Talavera	<input type="checkbox"/>	Toledo
<input type="checkbox"/>	Albacete														
<input type="checkbox"/>	Ciudad Real														
<input type="checkbox"/>	Cuenca														
<input type="checkbox"/>	Guadalajara														
<input type="checkbox"/>	Mancha Centro														
<input type="checkbox"/>	Talavera														
<input type="checkbox"/>	Toledo														

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento: DNI:

Domicilio actual:

Localidad: Provincia:

Teléfono 1: Teléfono 2:



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ACADÉMICOS Y LABORALES

Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero
	<input type="checkbox"/> Casado
	<input type="checkbox"/> Separado/Divorciado
	<input type="checkbox"/> Viudo

Situación Jurídica	<input type="checkbox"/> Capacitado
	<input type="checkbox"/> Incapacitado
	<input type="checkbox"/> En trámite

Tipo de incapacidad	<input type="checkbox"/> Tutela
	<input type="checkbox"/> Curatela
	<input type="checkbox"/> Otros

Datos del Tutor

Nombre del tutor / Entidad tutelar:

Parentesco del tutor:

<input type="checkbox"/> Padre/madre	<input type="checkbox"/> Cónyuge / pareja	<input type="checkbox"/> Hijos
<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Otros allegados	

Teléfono:

Dirección:

Ordenamiento judicial de internamiento en centro: SI NO

Minusvalía / discapacidad

No SI En trámite Porcentaje: _____

Dependencia NO SI

Grado I Nivel 1 Nivel 2 Grado II Nivel 1 Nivel 2 Grado III Nivel 1 Nivel 2

Resolución PIA:

Datos familiares y de convivencia (convive con)

- Solo/a Con familia propia Con familia de origen
 Cónyuge o pareja Padre y Madre Con Hijo/a
 Sólo Padre Sólo Madre Con otros familiares/amigos

- Instituciones (indicar cuál):
 Plaza pública
 Plaza privada: coste _____

- Otros (indicar: _____)

Familiar de referencia:

<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja	
<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Otros
Nombre del familiar de referencia: <input style="width: 60%; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Teléfono: <input style="width: 15%; border: 1px solid black;" type="text"/>		

Datos relevantes sobre la dinámica familiar:

Situación de la residencia actual

Régimen de tenencia:

- Carece En propiedad Alquilada Cedida Familiares

Condiciones de la vivienda:

Salubridad: Pésima Mala Aceptables Buena

Equipamiento: Sin equipamiento básico Precario Aceptable

Condiciones de habitabilidad: Pésimas Malas Aceptables Buenas

Mantenimiento: Pésimo Malo Aceptable Bueno

Comentarios (chabola, consta de luz agua, calefacción, etc.):

Datos académicos

Titulación académica:

Nivel de instrucción: No sabe leer ni escribir Bachiller, FP o equivalente

Sabe leer y escribir pero no tiene estudios Universitarios

Graduado escolar / E.S.O.

Situación laboral en la actualidad

Trabajo remunerado Trabajo no remunerado Sin trabajo

Profesión: _____

Situación económica

Fuente de ingresos:

Pensiones, subsidios, prestaciones:

Tipo: _____

Cantidad anual: _____

Trabajo propio

Rendimientos de capital inmobiliario

Otros:

Ingreso mensual neto: _____

DATOS CLÍNICOS Y ATENCIÓN SANITARIA

Diagnóstico y sintomatología

Diagnóstico Psiquiátrico principal:

Código CIE-9: _____ Código CIE-10: _____

Diagnóstico Psiquiátrico secundario:

Código CIE-9: _____ Código CIE-10: _____

Sintomatología relevante

Inicio de la enfermedad (fechas, edad, información breve, sintomatología...):

Consumo de tóxicos: No Sí Tipo: _____

Ingresos Psiquiátricos

Hospitalizaciones previas: No Sí Nº: _____

Fecha del último ingreso: _____

Intentos auto-lícticos: No Sí

Tratamiento

Tratamiento farmacológico: No Sí Tratamiento psicosocial: No Sí

Adherencia y autonomía al tratamiento farmacológico

No toma medicación Toma de medicación autónoma Toma medicación con apoyo

Adherencia a tratamiento psicosocial (USM, CRPSL, etc.)

Asiste regularmente de forma autónoma Asiste regularmente con supervisión No asiste

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL. ESCALA HONOS

Fecha:

	<i>Puntuación cuantitativa</i>	<i>Observaciones</i>
Agresividad		
Autolesión		
Drogas		
Cognitivo		
Físico		
Alucinaciones		
Depresión		
F. asociado		
Relaciones		
Funcionamiento general		
Entorno doméstico		
Ocupación		

DERIVACIÓN

Participación del usuario/a:

El usuario/a ha sido previamente informado de la propuesta de derivación: No Si

Grado de motivación del usuario/a para incorporarse al recurso residencial:

- Nula
 Poca
 Media
 Alta
 Muy alta

Motivo principal de la entrada:

	<i>Tiempo aproximado de estancia</i>
<input type="checkbox"/> Carencia de alojamiento o marginación y desamparo	
<input type="checkbox"/> Transición dispositivo sanitario/socio-sanitario a la comunidad	
<input type="checkbox"/> Grave problemática de convivencia socio-familiar	
<input type="checkbox"/> Preparación para una vida más autónoma	
<input type="checkbox"/> Traslado de plaza privada a pública por carencia de recursos económicos	
<input type="checkbox"/> Salida de establecimientos penitenciarios con carencia de alojamiento a la salida	

En el caso de derivación a plaza de corta estancia o urgencia social, señalar los objetivos que se proponen para alcanzar en el plazo máximo de tiempo establecido (corta estancia o respiro dos meses / Emergencia Social tres meses)

Objetivo/s:

Lugar de residencia previsto a la salida de la corta estancia y/ o urgencia social:

Objetivos de la derivación a dispositivo residencial:

Prioridad de la derivación dentro del Área

1. Muy prioritario 4. Poco Prioritario
 2. Bastante prioritario 5. Nada prioritario
 3. Medio

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. Facultativo de referencia

Fdo. Comisión TMG

CONSENTIMIENTO INFORMADO PERSONAL Y/O TUTOR PARA LA AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA A PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS DE DISPOSITIVOS DE LA RED DE SALUD MENTAL

D/Dª. _____ con DNI _____, nacido el día _____, con domicilio en _____, C/ _____, nº _____, y en tratamiento en el dispositivo _____, manifiesto voluntariamente que mi facultativo/profesional de referencia me ha solicitado autorización para la cesión de la información contenida en mi historia clínica a profesionales sociosanitarios de la red de salud mental de Castilla-La Mancha participantes en mi proceso de tratamiento.

Se me ha explicado detalladamente los motivos de la petición, los beneficios esperables de su utilización en mi proceso de tratamiento y mi derecho a negarme, así como su carácter revocable.

La información ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas por lo que tomo libremente la decisión de autorizar al equipo de profesionales sociosanitarios de la red de salud mental de Castilla-La Mancha participantes en mi proceso de tratamiento a utilizar la información contenida en mi historia clínica para los fines anteriormente descritos.

En _____, a _____ de _____ de 201__

Firma facultativo responsable

Firma del paciente y/o tutor

Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Los profesionales sociosanitarios de la red de salud mental se comprometen a guardar la confidencialidad de sus datos y a utilizarlos solo con el objetivo de ayudarle en la mejora de su situación personal y social.