



NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE: -----

Nº S.I.P.:-----DNI:-----

1-DIAGNÓSTICO Y CODIFICACIÓN CIE 10 O DSM-IV Y/O EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA (con fecha de diagnóstico):

-Código

-Patología

-En caso de retraso mental CI

-En caso de retraso madurativo CD

-En caso de demencia aportar escala de deterioro cognitivo

2-SINTOMATOLOGÍA ACTUAL.

-Presenta conciencia de enfermedad: Si/No

3-CURSO Y PRONÓSTICO:

-Inicio

-Historia clínica

-Patología de los brotes:

-Frecuencia de los brotes

-Duración de los brotes

-Intensidad de los brotes

-Estado interepisódico

-Ha sufrido ingresos hospitalarios: No

Si (especificar fechas)

4- AFECTACIÓN FAMILIAR, LABORAL (O ESCOLAR)/GRADO DE DETERIORO FUNCIONAL:

5-TRATAMIENTOS ACTUALES (describir, fecha de inicio, y si mantiene pautas de tratamiento):

-Psiquiátrico, psicológico, rehabilitador, atención y/o estimulación temprana, farmacológico.

-¿Presenta adherencia al tratamiento?

6-PREVISIÓN DEL CURSO DE LA ENFERMEDAD.

7-OBSERVACIONES / ACLARACIONES:

En menores de 18 años sería importante que, en caso de que recibieran apoyo y/o ayuda psicopedagógica (adaptación curricular, centro de educación especial, asistencia en aula de pedagogía terapéutica, etc.), aportara un informe psicopedagógico en la documentación adjunta a este requerimiento

Informe emitido por D / D^a-----

Nº Colegiado:-----

Fecha y Firma: