

**A/A CENTRO DE SALUD / PEDIATRA (HOJA 1)**

**DATOS ALUMNO/A:**

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Ciudad:

Teléfono:

Centro:

Curso:

Domicilio: -

Teléfono: \_\_\_\_\_

Orientador/a

Teléfono/email:

**MOTIVO DE LA CONSULTA :**

**CONDUCTAS A DESTACAR** (marcar una cruz en las características más significativas del alumno/a).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Disminución cualitativa de lenguaje comunicativo.   | <input type="checkbox"/> Dificultades cualitativas de interacción social. |
| <input type="checkbox"/> Alteración significativa en el juego.   | <input type="checkbox"/> Ausencia de juego simbólico.                     |
| <input type="checkbox"/> Distrabilidad en situaciones incluso recreativas.   | <input type="checkbox"/> Dificultad para permanecer sentado.              |
| <input type="checkbox"/> Estallidos de enojo y pérdida de control habitual (más de 2 veces semana).                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Discute con adultos regularmente.   | <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Verbal         |
| <input type="checkbox"/> Desobedece casi a diario.   | <input type="checkbox"/> Física   |
| <input type="checkbox"/> Miente, varias veces en semana.   | <input type="checkbox"/> Agrede <input type="checkbox"/> Material         |
| <input type="checkbox"/> Intimida o amenaza en más de 3 ocasiones.   | <input type="checkbox"/> Personas <input type="checkbox"/> Iguales        |
| <input type="checkbox"/> Autolesiones.   | <input type="checkbox"/> Adultas  |
| <input type="checkbox"/> Falta a clase (novillos más de 2 ocasiones en los adolescentes), llegar muy tarde al colegio (en Primaria). |   |
| <input type="checkbox"/> Inicia peleas con graves consecuencias.   | <input type="checkbox"/> Alteraciones gastrointestinales.                 |
| <input type="checkbox"/> Robo en más de 2 ocasiones.   | <input type="checkbox"/> Rituales.  |
| <input type="checkbox"/> Tics.   | <input type="checkbox"/> Apatía.  |
| <input type="checkbox"/> Escrupulosidad.   | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza.                                 |
| <input type="checkbox"/> Tristeza.   | <input type="checkbox"/> Chupa la ropa.                                   |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento.  | <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas.                              |
| <input type="checkbox"/> Elementos de ansiedad   |   |

**Otros datos de interés:** ( retraso madurativo, desarrollo cognitivo, ...)

\_\_\_\_\_

Estamos a su disposición para cualquier consulta y/o seguimiento del caso, en el Centro escolar o Sede.

Si Usted estima conveniente la derivación del caso a Salud Mental, rogamos les remita esta información y nos lo consigne. Un saludo y gracias anticipadas.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Orientador/a E.O.E./ D.O.



**A/A EQUIPO DE SALUD MENTAL DISTRITO (ESMD) (HOJA 2)**

DATOS ALUMNO/A:

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Ciudad:

Teléfono:

Centro:

Curso:

Domicilio:

Teléfono: \_\_\_\_\_

Orientador/a

Teléfono/email:

MOTIVO DE LA CONSULTA : \*Conductas a destacar:

Descripción de las áreas alteradas y conductas:

Pruebas utilizadas:

Perfil de las pruebas de inteligencia aplicadas y observaciones durante la valoración:

Programas de intervención que se están llevando a cabo:

¿Ha sido evaluado por el E.O.E. Especializado relacionado con la dificultad que presenta?: Sí  NO

CONDUCTAS A DESTACAR (marcar una cruz en las características más significativas del alumno/a).

- Disminución cualitativa de lenguaje comunicativo. Dificultades de interacción social y habilidades sociales. Alteración significativa en el juego.
- Desatención, impulsividad e hiperactividad que surge antes de los 7 años.
- Patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido especialmente a las figuras de autoridad.
- Patrón repetitivo y persistente de violación de los derechos de los demás y de las normas sociales.
- OTROS \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

Estamos a su disposición para cualquier consulta y/o seguimiento del caso, en el centro escolar o sede. Un saludo y gracias anticipadas.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Orientador/a E.O.E. / Departamento de Orientación



## AUTORIZACIÓN AL E.O.E./DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN

**NOMBRE DE MADRE / PADRE / TUTORES LEGALES**

D. \_\_\_\_\_

D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL/DE LA MENOR**

\_\_\_\_\_

Por la presente autorizo (marcado con una cruz) al E.O.E./D.O. de \_\_\_\_\_

Servicio Educativo dependiente de la Consejería de Educación, a que facilite el intercambio de información de mi hija/hijo con:

- Pediatra / Unidad de Salud Mental (USM)** de \_\_\_\_\_ / **Unidad de Salud Mental Infantojuvenil (USMI-J)** de \_\_\_\_\_ de la Consejería de Salud
- Servicios Sociales Comunitarios / Servicios Sociales Especializados de la Concejalía de Bienestar Social** de \_\_\_\_\_
- Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT), Especificar :** \_\_\_\_\_
- Otras entidades** (Diputación, Menores, Pisos de Acogida, etc.) \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Madre / Padre / Tutores Legales



## RECIBI

---

MADRE / PADRE / TUTORES LEGALES:

\_\_\_\_\_

con D.N.I. \_\_\_\_\_ Del alumna/alumno:

Escolarizado en \_\_\_\_\_ han recibido del  
E.O.E./ Departamento de Orientación \_\_\_\_\_

INFORME A/A:

Centro de Salud / Pediatra (Hoja 1) realizado por el E.O.E./Departamento de Orientación de

\_\_\_\_\_

Equipo de Salud Mental Distrito (ESMD) (Hoja 2) realizado por el E.O.E./Departamento de Orientación  
de \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Madre / Padre / Tutores Legales

