

**SUBCOMISION DE GESTION DE CASOS - (SCGC) -
AREA DE SALUD DE PLASENCIA**

| DATOS DEL USUARIO | | | | Fecha del Informe: | | |
|---|--------------------|--|--|--------------------|--------------|--|
| Nombre | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | Edad | Lugar de nacimiento: | | | |
| Domicilio | | | | | | |
| Localidad | | C. Postal | | Provincia | | |
| Teléfonos | | | | Estado civil | | |
| Nº de afiliado al S.E.S: | | | | N.I.F. | | |
| DATOS SOCIOLABORALES | | | | | | |
| Estudios: | | | Profesión: | | | |
| Incapacidad civil | NO | SI | En trámite | | | |
| Tipo de incapacidad | Total | Nombre tutor legal | | Tfn. | | |
| | Parcial | Especificar: | | | | |
| Tipo de convivencia | Familia propia | | Tipo de vivienda | Propia | | |
| | Familia origen | | | Alquilada | | |
| | Solo | | | Cedida | | |
| | Piso tutelado | | | Familiar | | |
| | Residencia | | | Ninguna | | |
| Otros | | Otros | | | | |
| Situación económica del usuario. Procedencia de ingresos: | Trabajo en activo | | Invalidez Laboral | NO | | |
| | P. Contributiva | | | SI | G. Invalidez | |
| | P. No Contributiva | | | | Absoluta | |
| | Hijo a cargo | | NO | | | |
| | Otros: | | SI | Grado: | | |
| Situación Laboral Actual: | | | | | | |
| Trabajando..... <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Parado..... <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Otros..... <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Minusvalía | NO | | Incidencias Legales: <i>Nunca problemas legales</i> <input type="checkbox"/> <i>Antecedentes Penales.....:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>¿Ha estado en Prisión?.....:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | | |
| | SI Grado: | | | | | |
| | En trámite | | | | | |
| DEPENDENCIA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | Valoración: | | | | |
| | | Situación Judicial Medidas de seguridad en régimen ambulatorio: <input type="checkbox"/> Nada pendiente <input type="checkbox"/> Cumplimiento Alternativo <input type="checkbox"/> Libertad Condicional <input type="checkbox"/> Sanción Administrativa <input type="checkbox"/> Juicios pendientes <input type="checkbox"/> Orden de alejamiento: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tiempo: _____ | | | | |

| DATOS FAMILIARES | |
|--|--|
| Antecedentes Psiquiátricos familiares: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especificar..... | |
| Actitud de la familia respecto a paciente: hostilidad, estrés familiar, sobreprotección, expectativas.. | |
| Nivel de implicación de la familia en su enfermedad y situación: Nulo <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> | |
| Familiar de referencia..... NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | |
| Nombre: _____ Parentesco: _____ Tfn _____ | |

| DATOS CLÍNICOS | |
|--|---|
| Diagnóstico/s principal | DSM IV / CIE-10 |
| | |
| Diagnóstico/s asociado | DSM IV / CIE 10 |
| | |
| Año de inicio de la enfermedad: | Edad: años. Síntomas actuales de interés: |
| | |

Tratamiento actual:

Ingresos:
*Centro
Sociosanitario
*Comunidad
Terapéutica

NO

SI

(*Nº. de ingresos y tiempo de permanencia)

Consumo de Sustancias Psicoactivas

No hábitos tóxicos

DROGAS consumidas: Principal: _____

Secundarias: _____

Tiempo de adicción aproximado: Desde el año _____ / _____ años.

Vía de administración: _____ Dosis: _____

Referente al consumo: Consumiendo actualmente

Abstinente desde hace _____ días/meses/años

Tratamiento farmacológico actual: No Si, especificar:

Tratamiento Psicoterapéutico actual: No Si, especificar:

Nivel de cumplimiento actual: Alto Medio Bajo Nulo

Presencia de otras enfermedades orgánicas de interés y tratamiento prescrito:

Problemas de comportamiento. Conductas problemáticas y/o de difícil manejo (impulsividad, ausencia de motivación, agresividad,...)

| | |
|---|------------|
| DESCRIPCIÓN BREVE DE LA SITUACIÓN QUE JUSTIFICA LA VALORACIÓN DEL CASO POR LA S.C.G.C. | -4- |
| | |
| RECURSOS UTILIZADOS PREVIAMENTE Y RESULTADOS | |
| | |
| POSIBLES ALTERNATIVAS O SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN | |
| | |

PROFESIONALES QUE SOLICITAN LA EVALUACION Y ESTUDIO DEL CASO

| Nombre y apellidos del responsable del Caso | Profesión | Tfno. | Dispositivo | Localidad |
|---|-----------|-------|-------------|-----------|
| | | | | |
| OTROS PROFESIONALES IMPLICADOS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

En _____ a _____, de _____, de 2.0____
 EL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL CASO

Fdo.

PROCESO DE DERIVACIÓN DE CASOS PARA SU ESTUDIO

- 1- Complimentar el Informe de Evaluación del Caso.
- 2- Remitir el Informe a:
 EQUIPO DE SALUD MENTAL DE REFERENCIA
 Subcomisión de Gestión de Casos, (SCGC)
- 3- Se valorará la solicitud y si procede se convocará la reunión de la SCGC para su estudio, citando a los profesionales implicados en el caso.