

**NÚMERO DE CARNET**

Planilla de Evaluación de Salud Mental para participación en actividades de recreación y deportes

Este certificado deberá ser completado con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

APELLIDO Y NOMBRES: …………………………………………………………………. DNI:……….……………… Fecha: ......../………/20…….

1. DIAGNÓSTICO ……………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

………….……………………………………………………………………………………………………………………………

1. **INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES** (MARCAR CON UNA CRUZ).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | Con apoyo |
| ¿Establece vínculos con su entorno familiar? |  |  |  |
| ¿Establece contacto con personas externas a la familia? |  |  |  |
| ¿Establece vínculos con pares? |  |  |  |
| ¿Puede establecer vínculos duraderos? |  |  |  |
| ¿Regula las emociones e impulsos, verbales o físicos en las  interacciones con otros? En caso de NO, describa las situaciones que lo desencadenan. |  |  |  |
| ¿Ha realizado con anterioridad actividades sociales y/ o sociales deportivas? ¿Cuáles? |  |  |  |

1. **PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SÍ** | **NO** | **SOSTIENE SOLO/A** | **SOSTIENE CON APOYO** |
| Requiere tratamiento con Lic. en Psicología |  |  |  |  |
| Requiere tratamiento médico |  |  |  |  |
| Requiere administración de medicación |  |  |  |  |
| Las actividades deportivas/ recreativas son indicadas como parte de su tratamiento |  |  |  |  |

1. **La persona requiere concurrir con asistente o acompañante terapéutico a las actividades de Recreación y Deportes?** SI NO
2. PSICOFÁRMACOS (CON INDICACIÓN DE LAS DOSIS):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Si la persona tiene epilepsia especificar la frecuencia de crisis**⁭: Diarias Semanales ⁭ Mensuales Otras …………………………….

⁭

⁭

(Especificar)

1. **OBSERVACIONES**:………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. En caso de necesidad de consulta, llamar telefónicamente o dirigirse a:……………………………………………………….

……………………………………………………… …………………………………………………………..

Firma y Sello Lic. En Psicología Firma y Sello Médico

Buenos Aires,........../................/.20....

Video reapertura de las actividades recreativas, deportivas y físicas de la ANDIS



