

**NÚMERO DE CARNET**

**DEPARTAMENTO RECREACIÓN Y DEPORTES**

**Planilla de Evaluación de Salud Mental**

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 Códigos CIE**.....  
.....  
.....

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

	Si	No	Con apoyo
¿Establece vínculos con su entorno familiar?			
¿Establece contacto con otros externos a la familia?			
¿Establece vínculos con pares?			
¿Puede establecer vínculos duraderos?			
¿Regula las emociones e impulsos, verbales o físicas 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?			

**3. PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL**

	SOLO	CON APOYO	NO LO REALIZA
Concurre a tratamiento			
Administración de la medicación			
Realiza actividades deportivas/ recreativas			

PSICOFARMÁCOS*	DOSIS

**4. Si la persona tiene epilepsia especificar la frecuencia de crisis:**

Diarias  Semanales  ↑ Mensuales  Otras .....  
(Especificar)

**5. La persona requiere asistir con apoyo humano al Dpto. de Recreación y Deportes?** SI  NO

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

.....  
Firma y Sello Médico