

# Número de Carnet:

## Planilla de Evaluación de Salud Mental para la 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:

Documento Nacional de Identidad (DNI):

Fecha:

1. **Diagnóstico**
2. **Interacciones y Relaciones Interpersonales o Vinculares** (seleccionar

con una cruz la opción que corresponda):

* 1. ¿Establece vínculos con su entorno familiar?
     + 1. Si
       2. No
       3. Con apoyo
  2. ¿Establece contacto con personas externas a la familia?
     + 1. Si
       2. No
       3. Con apoyo
  3. ¿Establece vínculos con pares?
     + 1. Si
       2. No
       3. Con apoyo
  4. ¿Puede establecer vínculos duraderos?
     + 1. Si
       2. No
       3. Con apoyo
  5. ¿Regula las emociones e impulsos, verbales o físicos en las interacciones con otros? En caso de NO, describa las situaciones que lo desencadenan
     + 1. Si
       2. No:
       3. Con apoyo
  6. ¿Ha realizado con anterioridad actividades sociales y/o sociales deportivas?



* + - 1. Si
         1. ¿Cuáles?
      2. No
      3. Con apoyo
         1. ¿Cuáles?

1. **Plan Terapéutico Actual** (seleccionar con una cruz la opción que

corresponda):

* 1. Requiere tratamiento con Licenciado/a en Psicología
     + 1. Si
       2. No
       3. Sostiene solo/a
       4. Sostiene con apoyo
  2. Requiere tratamiento médico
     + 1. Si
       2. No
       3. Sostiene solo/a
       4. Sostiene con apoyo
  3. Requiere administración de medicación
     + 1. Si
       2. No
       3. Sostiene solo/a
       4. Sostiene con apoyo
  4. Las actividades deportivas/ recreativas son indicadas como parte de su tratamiento
     + 1. Si
       2. No
       3. Sostiene solo/a
       4. Sostiene con apoyo

1. **La persona requiere concurrir con asistente o acompañante**

**terapéutico a las actividades de Recreación y Deportes?** (seleccionar

con una cruz la opción que corresponda):

* 1. Si
  2. No

1. **Psicofármacos (con indicación de las dosis):**
2. **Si la persona tiene epilepsia especificar la frecuencia de crisis** (seleccionar con una cruz la opción que corresponda):
   1. Diarias
   2. Semanales



* 1. Mensuales
  2. Otras (aclarar cuáles):

1. **Observaciones**

En caso de necesidad de consulta, llamar telefónicamente o dirigirse a:

Firma y Sello Licenciado/a en Psicología:

Firma y Sello Médico:

Buenos Aires.

Fecha:

A continuación, el código QR con acceso al Video de reapertura de las actividades recreativas, deportivas y físicas de la ANDIS

