ANEXO VI / A

INFORME INICIAL SALUD MENTAL

*** Las casillas que contengan este asterisco deberán estar cumplimentadas ya que la información aportada es imprescindible para la valoración del caso. En caso de no estar cumplimentado, el informe no será valorado en la comisión.**

El/la profesional de salud mental (psiquiatra/psicólogo clínico/ psicólogo general sanitario): *
.....

Número de colegiado*.....

Informa que el/la paciente* .....

Está siendo atendido/a en el Centro Sanitario*.....

Se recomienda la siguiente Atención Educativa (siempre bajo prescripción sanitaria) *:

☐Atención Educativa en el DOMICILIO (el alumno/a no puede acudir al centro educativo debido a su proceso de enfermedad y/o convalecencia. La atención domiciliaria será entre 4-8 horas semanales según etapa educativa)

TIEMPO ESTIMADO*: no podrá asistir a su Centro Educativo en un tiempo previsible de ..... (días/semanas/meses)

Razones que justifican la situación del alumno/a que hará que no pueda acudir a su centro educativo (describir las razones clínicas)* :

Propuesta de fechas y **vías de comunicación** con el centro educativo para hacer seguimiento de la situación del alumno/a (presencial/telefónica/mail)*:

Circunstancias relevantes para la Atención Educativa que deba conocer el profesorado del Programa de Atención Educativa Domiciliaria*:

Seguimiento del alumno/a en el servicio de salud mental correspondiente*:

Acude a las consultas prescritas: SI ☐ NO ☐

Sigue las instrucciones o recomendaciones de los profesionales de salud mental: SI □ NO □

Lo que se justifica a los efectos de que pueda ser incluido/a en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria.

En ..... , a ..... de ..... de 20.....

Firmado (profesional sanitario/a)*:

Sello*:

A/A DIRECCIÓN DEL CENTRO