



INFORME SANITARIO PARA CÓDIGO AGARIMO-ALERTA ESCOLAR

DATOS IDENTIDADE DO PACIENTE (IANUS)

Nome

Primeiro apelido

Segundo apelido

Data de nacemento

DATOS IDENTIDADE DOS PROXENITORES/TITORES/GARDADORES LEGAIS

Nome Nome

Primeiro apelido Primeiro apelido

Segundo apelido Segundo apelido

Teléfono Teléfono

Correo electrónico Correo electrónico

MOTIVO DE ATENCIÓN

ANTECEDENTES MÉDICOS

1. Alerxias:

2. Enfermidades crónicas:

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS/ DIETOTERÁPICOS

DIAGNÓSTICOS(CIE10ª REV/ DSM V)

1.-

2.-

3.-

HISTORIA ACTUAL

RECOMENDACIÓNS DE CARACTER XERAL DE APLICACIÓN NO EIDO EDUCATIVO
(incluir signos e síntomas suxestivos de crise ou de alarma, pautas de carácter xeral recomendadas para a súa aplicación no centro escolar)

RECOMENDACIÓNS EN CASO DE APARICIÓN DE CONDUTA SUICIDA
AVALIACIÓN POR MEDIO DA ESCALA MINI (riscar o que proceda)

MINI<5 RISCO LEVE:

- ☐ VALORACIÓN POR PEDIATRÍA/ ATENCIÓN PRIMARIA
 - ☐ CONTACTO CON SAÚDE MENTAL
- TELÉFONO:

MINI 6-9 MODERADO:

- ☐ VALORACIÓN POR PEDIATRÍA/ ATENCIÓN PRIMARIA URXENTE
 - ☐ CONTACTAR CON SAÚDE MENTAL
- TELÉFONO:

MINI>9:

061> VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA URXENTE

RECOMENDACIÓNS ADICIONAIS

(medidas individualizadas para contención e minimizar riscos)

TRATAMENTO FARMACOLÓXICO EN CASO DE URXENCIA

☐ Non aplica

☐ Sí

(Facer constar principio activo, nome comercial, dose, vía de administración, actuación) ante efectos secundarios ao mesmo.

Don/Dona _____ con DNI _____

como nai/pai/representante legal de _____

comprométome a facer entrega deste informe no Departamento de Orientación do Centro Escolar autorizando a súa inclusión no programa Agarimo de Alerta Escolar.

Data