

**ANEXO IV:
INFORME DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA
EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN DEL CENTRO**

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD

Centro de Salud / ESM Infanto-Juvenil			
Pediatra / MAP/ Psiquiatra Infanto-Juvenil			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Extension	
Correo electrónico		Fax	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA E INTERVENCIÓN:

Impresión diagnóstica

--

Pautas proporcionadas a la familia

--

Intervención con el paciente

Seguimiento propuesto.

OBSERVACIONES

En, _____ a ____ de _____ de 2.0 ____

Sello:

Firma del Facultativo:

Fdo.: _____