**INFORME DE DERIVACIÓN PARA EXPLORACIÓN EN SANIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| ALUMNO/A: | F.N.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| DOMICILIO Y TELÉFONO FAMILIAR: | D.N.I. : |
| CENTRO: | NIVEL-CURSO: |
| EOEP/ DPTO. ORIENTACIÓN: | ORIENTADOR:  PTSC: |
| TUTOR/A: | JEFE DE ESTUDIOS: |
| TFNO. CENTRO ESCOLAR: | e-mail de contacto: |

Firma de consentimiento informado: SI

1. **MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:**
2. **DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES DE LA SITUACIÓN DEL ALUMNO/A:**

* **Relato de la situación**: (describir las características del intento o de la conducta de riesgo, objetivo de la conducta, planificación, posibilidad de rescate, peligrosidad objetiva y percibida por el alumno, deseos de morir, apoyos externos, temporalización, frecuencia, actuación realizada y resultados obtenidos de la misma~~…~~ .)

**-Otros datos:**

-**Conductas suicidas previas**

**-Existencia de trastornos mentales asociados**

1. **INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTEXTO FAMILIAR:**

Antecedentes familiares (intentos de suicidio en la familia y/o suicidios consumados en la familia, trastornos mentales familiares)

1. **INFORMACIÓN RELEVANTE DEL CONTEXTO EDUCATIVO**

(Describir circunstancias que pueden ser agravantes en el contexto escolar: rendimiento académico, integración social, necesidades educativas…)

1. **FACTORES SOCIO-FAMILIARES RELEVANTES**
2. **OTROS DOCUMENTOS ADJUNTOS DE INTERÉS (OPCIONAL):**

**SE ACONSEJA DERIVACIÓN A SU CENTRO DE SALUD MENTAL**

**(SI SU PEDIATRA O MÉDICO DE FAMILIA LO ESTIMA CONVENIENTE)**

En……………………………a………………de………………..20….

Fdo.: Fdo.:

Director/a del centro Servicio de orientación