**SOLICITUD DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN CASOS DE IDEACIÓN SUICIDA O INTENTOS AUTOLÍTICOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. CENTRO ESCOLAR** | | | | | |
| **DENOMINACIÓN** |  | | | | |
| **DIRECCIÓN** |  | | | | |
| **E-MAIL CENTRO** |  | | | | |
| **TELÉFONO Y FAX** |  | | | | |
| **DIRECTOR/A** |  | | | | |
| **TUTOR/A** |  | | | | |
| **ORIENTADOR/A** |  | | **\*NOMBRE Y TLF EOEP** |  | |
| **\*DÍA/S ASISTENCIA** | |  |
| **E-MAIL** |  | | | |
| **PTSC** |  | | | | |
| **INSPECTOR/A** |  | | | | |

*\*Sólo para alumnado de Educación Infantil y Primaria*

|  |
| --- |
| **2. MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
|  |

|  |
| --- |
| **3. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. ALUMNO/A** | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** |  | | | | | | | | | | | |
| **FECHA NACIMIENTO** |  | **CURSO/GRUPO** | | | |  | | | | | | |
| **INFORME PSICOPEDAGÓGICO** | **SI/NO** | **¿PRESENTA NEE?** | |  | | | **¿PRESENTA DEA O TDAH?** | | | | |  |
| **INFORME CLÍNICO** | **SI/NO** | **Diagnóstico clínico** | |  | | | | | | | | |
| **C. SALUD MENTAL DE REFERENCIA** |  | | | **Teléfono** | | | | | |  | | |
| **PSIQUIATRA/PSICÓLOGO** |  | | | **email** | | | | |  | | | |
| **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO** | **SI/NO** | | **MEDICACIÓN (especificar)** | |  | | | | | | | |
| **INTERVENCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES** | **SI/NO** | |  | | | | | | | | | |
| **PROFESIONAL DE SERVICIOS SOCIALES** |  | | | | | | | **Teléfono:** | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. FAMILIA** | |
| **NOMBRE DEL PADRE/TUTOR** |  |
| **NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA** |  |
| **DATOS RELEVANTES SOBRE**  **LA ESTRUCTURA FAMILIA** |  |
| **DATOS RELEVANTES SOBRE**  **LA DINÁMICA FAMILIAR** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN EL CENTRO** | | |
| **FECHA** | **PROFESIONALES** | **INFORMACIÓN RELEVANTE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA** | | |
| **FECHA** | **PROFESIONALES** | **INFORMACIÓN RELEVANTE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. DOCUMENTACIÓN APORTADA (marcar con x)** | |
|  | **Solicitud Intervención** |
|  | **Informe Psicopedagógico** |
|  | **Informe Clínico** |
|  | **Otros: (ejemplo: notas, cartas)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha** |  | |
| **Director/a** | | **Orientador/a/PTSC** |
|  | |  |
| **Fdo:** | | **Fdo:** |

**Nota: Esta solicitud deberá completarse en todos sus campos e incluir la documentación a la que se hace referencia en cada caso. Una vez cumplimentado enviar a al correo electrónico** [**30400009@murciaeduca.es**](mailto:30400009@murciaeduca.es)