



<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  <p><b>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</b></p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<div style="text-align: right; font-size: 2em; font-weight: bold;">034</div> <h2 style="text-align: center;">Informe de salud mental</h2> <p style="text-align: center;">(en supuestos de valoración de dependencia y/o exclusión social en personas con trastorno mental)</p> <div style="background-color: #800040; height: 15px; width: 100%; margin: 5px 0;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p> </div>
---	--

**1. Datos de identificación de la persona**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Fecha de Nacimiento	Sexo	DNI • NIE • Pasaporte
	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	

**2. Diagnósticos clínicos:**

Diagnóstico Actual	Fecha del diagnóstico	Codificación CIE 10

Diagnósticos Previos	Fecha del diagnóstico	Codificación CIE 10

**3. Curso y Evolución actual de la Enfermedad:**

**Descripción del cuadro**

**Evolución en el último periodo**

*(Estabilidad clínica, nº de recaídas/hospitalizaciones en el último año, riesgos ante recaídas ...)*

4. Tratamiento actual y adherencia al mismo:

<b>Psicofarmacológico</b>	
<b>Psicoterapéutico</b>	
<b>Adherencia</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Cumplimiento</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Supervisión</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Especificar:

5. Información complementaria:

<b>Otras alteraciones</b>	
<b>Existe conciencia de Enfermedad</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Existen alteraciones Conductuales</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Especificar:

<b>Hay consumo de sustancias tóxicas (Alcohol / Drogas)</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Deterioro cognitivo permanente</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Especificar funcionamiento cognitivo (*Habilidades conservadas vs deficitarias, memoria, atención, comprensión, coordinación psicomotora, orientación, planificación...*):

6. Otras observaciones de interés (*contactos, amigos, implicación emocional en las relaciones...*):

7. Resultados de escalas y pruebas practicadas en la evaluación psiquiátrica y/o psicológica:

Informe emitido por:

D/D<sup>a</sup>

Facultativo dependiente de:

Fecha, firma y N<sup>o</sup> de colegiado

---

**Aviso Legal LOPD**

Le recordamos que los datos contenidos en este informe de salud se incorporan a su expediente y que Vd. manifestó estar informado/a y facilitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos de carácter personal, mediante la firma del formulario "Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social" (anexo 012).