

Circles of Care

Reporte de servicios psiquiátricos/psicológicos

(El reporte/formulario no es para sesiones de consulta de rutina)

Nombre del niño _____

Fecha de la visita _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre del adulto/proveedor de cuidados: _____

Tipo de cita:

(Marque una opción)

Inicial: Visita de seguimiento/rutina: Visita de emergencia: Otro: _____

Razón de la visita: _____

Resultado de la visita, diagnóstico y recomendaciones: _____

Eje I: _____ Eje IV: _____

Eje II: _____ Eje V: Evaluación global de funcionamiento

Eje III: _____ (GAF) _____

Medicamentos recetados:

<u>Nombre</u>	Marque si* <u>previamente</u>	<u>se recetó nuevo medicamento</u>	<u>Dosis/administración</u>	Marque si se modificó la dosis/ administración <u>recetada</u>
---------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	--

Informe la administración con un "rango de tiempo", si corresponde a nivel médico, que represente los días de escuela en comparación con los fines de semana y días festivos.

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

*Debe estar aprobado por el TDPRS antes de comenzar una nueva administración

Medicamentos que se suspendieron en esta cita:

Nombre del (de los) medicamento(s)

Próxima visita programada en: 30 días 60 días Otro: (dé detalles): _____

Nombre del médico (en letra de imprenta) _____

Firma del médico _____

Nombre del médico de consulta (en letra de imprenta) _____

Firma del médico _____

Dirección y número de teléfono: _____

Plan de tratamiento médico para medicamentos psicotrópicos:
Conteste esta página sólo para los medicamentos nuevos que se receten.

Sigue con los mismos medicamentos; sin cambios en el plan inicial.

Beneficios esperados del medicamento:

Posibles riesgos o consecuencias adversas de no usar/tomar medicamentos:

Efectos secundarios o adversos del medicamento:

Precauciones especiales:

Interacciones potenciales de diferentes medicamentos:

Exámenes o monitorizaciones recomendadas de los medicamentos:

Plan para reducir los medicamentos:

Para uso interno solamente

Fecha de entrega de FP: _____ Fecha de envío/contacto con el TDPRS para aprobación: _____ Aprobado/fecha: _____