

**PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN A PRISMA**

NOMBRE Y APELLIDOS ADOLESCENTE:.....Nº HISTORIA:.....  
FECHA DERIVACIÓN: .....Nº SEG. SOCIAL:.....  
FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:.....  
TELÉFONO MADRE:.....TELEF PADRE:.....TELEF ADOLESCENTE:.....  
COLEGIO/INSTITUTO: .....TELÉFONO:.....

TERAPEUTA DE REFERENCIA:.....  
DISPOSITIVO QUE DERIVA (CSM/UADO/CONSULTAS EXTERNAS (OTRO):.....AREA: ....  
EMAIL:.....TELÉFONO:.....FAX: .....

**INFORME CLÍNICO COMPLETO (ADJUNTAR)**

¿ESTÁ EN LISTA DE ESPERA PARA ACCEDER A OTRO RECURSO ASISTENCIAL? (si es así indicar el recurso):

**OBJETIVOS DE LA DERIVACIÓN:**

.....  
.....

Señalar si el adolescente se podría beneficiar de algún programa específico de PRISMA (marcar con una X):

	SI	NO
Programa de Transición Hospitalaria y Recuperación Funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención al riesgo suicida Adolescencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIENSA (episodio psicótico de inicio en la adolescencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>