



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Rehabilitación Vocacional

27 de octubre de 2014

Comunicación Normativa Núm.: 2015-11

Personal Directivo Nivel Central, Directores Regionales; Directores: Centros de Servicios de Consejería en Rehabilitación Vocacional, Centros de Avaluación y Ajuste, Centros de Apoyo y Modalidades de Empleo, Supervisores, Consejeros en Rehabilitación Vocacional y Programa de Vida Independiente

Lcdo. Iván A. Clemente Delgado
Administrador

ENMIENDA AL FORMULARIO HOJA DE REFERIDO SALUD MENTAL (VR 897)

La Oficina de Servicios de Consejería en Rehabilitación Vocacional (OSCRV), en conjunto con el Dr. Félix Maldonado, Consultor Psiquiátrico de la Administración de Rehabilitación Vocacional, han revisado el formulario: *Hoja de Referido Salud Mental, Núm. VR 897*. Esto con el propósito de atemperar el mismo a las nuevas disposiciones relacionadas al DSM V. El nombre del formulario será: Reporte Médico de Condición Emocional (Rev. 27/oct./2014).

A partir de la fecha de ésta comunicación el formulario que se incluye como anexo, será el que se utilizará para estos propósitos.

Próximamente el mismo será incorporado al Sistema CRIS.

Anejo: Reporte Médico de Condición Emocional



REPORTE MÉDICO DE CONDICIÓN EMOCIONAL

VR 897
Rev. 27/oct./2014

Nombre: _____ Seg. Soc. _____ Tel.: _____

Dirección: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Núm. de expediente: _____

Fecha de referido: _____ Fecha de inicio de tratamiento: _____

Queja principal: _____

BREVE EXAMEN MENTAL:

Apariencia/actitud: _____

Trastorno del pensamiento: _____

Afecto: _____

Memoria: _____

Orientación: _____

Juicio e introspección: _____

DIAGNÓSTICO (DSM V):

CONDICIÓN FÍSICA:

Hospitalización: ¿cuántas? _____ Fecha última hospitalización: _____

Institución: _____

Tratamiento actual: _____ Frecuencia: _____

Medicación prescrita: _____

Efectos secundarios (si alguno): _____

Historial de Adicción: Drogas: Sí No Alcohol: Sí No

¿Ha recibido tratamiento? Sí No Especifique: _____

Pronóstico (Clínico y Funcional): _____

Restricciones ocupacionales o académicas (Si alguna): _____

Recomendaciones: _____

Nombre del Psiquiatra /Psicólogo en Letra de Molde

Firma del Psiquiatra/Psicólogo

Número de licencia

Fecha

Centro de Salud Mental/Oficina y Tel.