

5-

[illegible]

6- Tratamiento actual (Medicación y dosis, tiempo de uso y respuesta):

.....

7- Pronóstico:

.....

8- INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES (MARCAR CON UNA CRUZ)

	SI	NO	Con apoyo
¿Establece vínculos con su entorno familiar?			
¿Establece contacto con otros externos a la familia?			
¿Puede establecer vínculos duraderos?			
¿Regula las emociones e impulsos, verbales o físicas en las interacciones con otros?			

Fecha:...../...../.....

Firma y sello del médico actuante.