



# Comunidad de Madrid

## INFORME DE DERIVACIÓN SERVICIO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES TECNOLÓGICAS

(Este informe debe ser relleno exclusivamente por el profesional de referencia)

### 1. DATOS DEL ADOLESCENTE A DERIVAR

Nombre:		Apellidos:	
DNI:		Nacionalidad:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Escolarizado:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/> _____
Curso Escolar:		Nombre Centro Escolar:	
Dirección Centro:			

### 2. DATOS PERSONALES DE LOS PROGENITORES

MADRE		PADRE	
Nombre:		Nombre:	
Apellidos:		Apellidos:	
Teléfono Contacto:		Teléfono Contacto:	
DNI:		DNI:	
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad:		Nacionalidad:	
Domicilio:		Domicilio (si es distinto):	
Población / CP:		Población / CP:	
Ciudad:		Ciudad:	

Ambos progenitores (obligatoriamente) o progenitor/a en caso de familia monoparental, damos nuestro consentimiento para la intervención que se realizará con el menor en el servicio de adicciones tecnológicas:

\_\_\_\_\_  
Firma Progenitor 1

\_\_\_\_\_  
Firma Progenitor 2 (si corresponde)

**Comunidad de Madrid****3. DATOS DEL PROFESIONAL/ORGANISMO QUE**

<b>Organismo que deriva :</b>		<b>Teléfono Entidad:</b>	
<b>Domicilio:</b>		<b>Mail de contacto</b>	
<b>Población:</b>		<b>CP:</b>	
<b>Nombre Profesional:</b>		<b>Apellidos Profesional:</b>	
<b>Cargo / Profesión:</b>		<b>Teléfono Profesional:</b>	

**4. INFORMACIÓN DEL MOTIVO DE DERIVACIÓN**

a) Centros/Profesional es que han intervenido con la familia y/o adolescente:	Anteriormente $\longrightarrow$	Centro/s:	
	En la actualidad $\longrightarrow$	Centro/s:	
b) Indicadores de la adicción a las nuevas tecnologías:	Tipo de dispositivo:	<input type="checkbox"/> Redes Sociales	<input type="checkbox"/> Videojuegos
		<input type="checkbox"/> Tablet	<input type="checkbox"/> Ordenador
			<input type="checkbox"/> Móvil
			<input type="checkbox"/> Otros
		<i>Indicar si hay un uso cada vez mayor de/los dispositivos</i> <input type="checkbox"/>	
	Horas de uso con el dispositivo/día (aprox):		
Impacto académico:	<input type="checkbox"/> Absentismo	Bajo rendimiento	
	<input type="checkbox"/> Hábito de estudio profesorado	Conflictos con profesorado	
	<input type="checkbox"/> Otros:		
Afecciones vida diaria:	<input type="checkbox"/> Higiene	<input type="checkbox"/> Horarios	
	<input type="checkbox"/> Abandono actividades	<input type="checkbox"/> Otros:	
Relaciones Sociales	<input type="checkbox"/> Pobres	<input type="checkbox"/> Delictivas	
	<input type="checkbox"/> Virtuales	<input type="checkbox"/> Otros:	
c) Factores Personales	Impulsividad:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Intolerancia a estímulos displacenteros:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Síntomas de Ansiedad ante retirada del dispositivo:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d) Presencia de Violencia	<input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí: $\longrightarrow$	<input type="checkbox"/> Ascendente (de Hijos a Padres)	<input type="checkbox"/> V. Física
		<input type="checkbox"/> Descendente (de Padres a Hijos)	<input type="checkbox"/> V. Verbal
			<input type="checkbox"/> V. Psicológica
e) Consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí: $\longleftarrow$ $\longrightarrow$		
	¿Responde a un Trastorno Adictivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Está en tto?:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero, cuyo responsable es la Dirección General de la Familia y el Menor, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

	¿Tipo/s droga?:	
	Frecuencia:	



Dirección General de la Familia y el Menor  
CONSEJERÍA  
DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA

## Comunidad de Madrid

Descripción del profesional de referencia del motivo de la derivación del menor y/o informes que se adjuntan si se considera oportuno:

Enviar el informe completo al *Servicio de Atención a las Adicciones Tecnológicas* vía mail a la siguiente dirección:

[adiccionestecnologicas@madrid.org](mailto:adiccionestecnologicas@madrid.org)

Teléfono de contacto: 917 207 916

FDO: .....

*Firma Profesional*

*Fecha:*

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero, cuyo responsable es la Dirección General de la Familia y el Menor, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.