



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**

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

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"/> Móvil <input type="checkbox"/> Tablet <input type="checkbox"/> Ordenador <input type="checkbox"/> Otros	
	Horas de uso con el dispositivo/día (aprox):	<i>Indicar si hay un uso cada vez mayor de/los dispositivos</i> <input type="checkbox"/>	
	Impacto académico:	<input type="checkbox"/> Absentismo Bajo rendimiento <input type="checkbox"/> Hábito de estudio 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) \longrightarrow <input type="checkbox"/> Descendente (de Padres a Hijos)	<input type="checkbox"/> V. Física <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

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.