

DATOS DEL SERVICIO DERIVANTE

Servicio derivante:

Profesional de referencia (nombre y cargo):

Teléfono:

Correo electrónico:

Relación entre el agresor y la víctima:

¿Ha sufrido agresiones con anterioridad?

SÍ

NO

En caso afirmativo:

¿Cuándo?

¿Ha interpuesto denuncias previas?

SÍ

NO

En caso afirmativo:

¿Cuándo? (adjuntar copia)

¿Hay informes de lesiones?

SÍ

NO

En caso afirmativo:

¿Cuándo? (adjuntar copia)

¿Tiene orden de protección?

SÍ

NO

En caso afirmativo:

Medidas de protección acordadas: (adjuntar copia)

SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

(Recoger el máximo de datos familiares)

Genograma

Relaciones familiares y vínculos sociales.

Recursos sociales (expediente abierto, en alguna ocasión, en algún recurso social, estancias en centros de menores u otros recursos residenciales, albergues, centros de acogida, etc.).

Observaciones:

SITUACIÓN DE SALUD: FÍSICA / PSÍQUICA

(De todos los miembros familiares a los que se quiere derivar)

Autonomía de la/s persona/s

SÍ NO

En caso afirmativo, especificar:

Tipo de discapacidad reconocida:

¿Utiliza alguna ayuda técnica? Especificar cuál (silla de ruedas...)

Problemas de salud física y/o sensorial

SÍ NO

En caso afirmativo, especificar:

Problemas de salud psíquica

SÍ NO

En caso afirmativo, especificar:

¿Está actualmente en tratamiento?

SÍ NO

En caso afirmativo:

Recurso y profesional:

Medicación que toma:

Antecedentes e ingresos psiquiátricos:

¿Consume alcohol, drogas y/o juega?

SÍ NO A veces

En caso de contestar SÍ o A veces:

¿De qué tipo?:

Tiempo de abstinencia:

¿Está actualmente en tratamiento? SÍ NO

Recurso y profesional:

Medicación que toma (incluir metadona):

Observaciones:

SITUACIÓN LABORAL

Experiencia laboral (por sectores)

Situación laboral (activa, paro con o sin subsidio, incapacidad laboral...).

Duración de tiempo en paro.

Investigación laboral. ¿Qué recursos utiliza?

¿Está en algún proceso de orientación laboral? Entidad y profesional.

Observaciones:

INGRESOS ECONÓMICOS

¿Cobra alguna prestación económica? (RAI, orfandad, viudedad, PNC, incapacidad laboral, etc.)

SÍ NO

En caso afirmativo:

Cuál:

Temporalidad:

Observaciones:

RESOLUCIÓN DE LA DERIVACIÓN

¿Ha entrado dentro del SAMVVG?

SÍ NO: DENEGACIÓN NO PRESENTADO

Motivo de la denegación