

HOJA DE REFERIDO

Hospital San Juan Capestrano

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____ Edad: _____ Teléfono _____

Plan Médico: _____

Referido a : Hospitalización Completa Parcial

Se refiere a una evaluación por presentar estos signos:

- Ideas suicidas con plan estructurado
- Pensamientos recurrentes de muerte sin intención o plan suicida
- Ideas / comportamiento homicida
- Alucinaciones
- Delirio
- Conducta agresiva
- Destrucción de la propiedad
- Agitación psicomotora / ansiedad
- Pérdida de control de impulsos
- Automutilación
- Desorientación / Confusión / Fuga de ideas
- Llanto descontrolado y frecuente
- Insomnio severo
- Síntomas de retirada de drogas / alcohol
- Abandono de tratamiento farmacológico
- Manifestaciones conductuales que interfieren con su funcionamiento
 - Familiar Social Laboral Académico
- Ha fracasado o no ha obtenido ganancias clínicas con el tratamiento a un nivel menos restrictivo.
- Se observa un deterioro significativo de su funcionamiento a raíz de su condición emocional.
- Falta de un sistema de apoyo comprometido con la farmacología y conducta del paciente.

Diagnóstico: _____

Medicamentos: _____

Nombre de quien refiere _____

Localización de la oficina: Pueblo _____ Profesión _____ Teléfono _____



787-760-0222

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

- Bayamón (787)740-7771
- Caguas (787)745-0190
- Carolina (787)769-7100
- Hatillo (787)878-0742
- Humacao (787)850-8382
- Manatí (787)884-5700
- Mayagüez (787)265-2300
- Ponce (787)842-4070
- San Juan (787)625-2940

Clínicas Adolescentes

- Bayamón (787)740-7771
- Caguas (787)745-0190
- Mayagüez (787)265-2300
- Ponce (787)842-4070

Tratamiento Sustancias (IOP)

San Juan Mayagüez

Línea de Acceso 24 Horas

 **787-760-0222**

www.sanjuancapestrano.com