



ASPRODIQ

Miembro de
FEAPS CASTILLA-LA MANCHA

Centro de Atención Temprana
Sánchez-Grande Raposo



PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y DERIVACIÓN PRECOZ EN LA INFANCIA

DERIVADO DESDE:

El servicio de Pediatría de Atención Primaria de la localidad de:.....

Por D/Dña:..... Fecha de derivación:

Firma y sello del profesional:

DATOS PERSONALES DEL CASO DERIVADO

Nombre y Apellidos:.....

Fecha de nacimiento:.....

Edad:

Domicilio: Localidad:.....

Teléfono de contacto:.....

MOTIVO DE DERIVACIÓN

OTROS DATOS DE INTERÉS (intervenciones y pruebas realizadas)

CUMPLIMENTAR POR LA FAMILIA

D./Dña. como padre, madre o tutor legal de expresa su conformidad con el intercambio de información entre el servicio de Pediatría, Centro Base de Toledo (Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, JCCM) y Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana "Sánchez-Grande Raposo" ASPRODIQ.

Fdo.: Padre, madre o tutor

Fecha:

Centro Base de Toledo. Telf: 925 226 908 - Fax: 925 253 589