

DATOS DE FILIACIÓN DE INTERVINIENTES (Anexo II)

Nombre del interviniente Psicosocial y Nombre de la organización	Profesión (psicólogo, trabajador social, otros-especificar)	Teléfono	Día y Hora de incorporación	Lugar de ubicación Escenario asignado	Nombre del Coordinador	Día y Hora de finalización

INFORME DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA (Modelo Samur – Protección Civil)

DATOS DE LA ACTUACIÓN:

Fecha.....hora inicial.....hora final.....Nº de Informe.....lugar del suceso.....

Nombre y Apellidos.....Edad.....Sexo: DNI.....Teléfono.....

Afectado Directo ☐ Familiar ó Allegado ☐

ANTECEDENTES PERSONALES.

Diagnóstico psicológico / psiquiátrico

Otros Datos:.....

VALORACIÓN PSICOLÓGICA: (Subrayar lo que proceda).

COGNITIVO: Dificultad toma de decisiones, dificultad de concentración, atención lábil, déficit de memoria, P. desorganizado, P. obsesivo, P. fóbico, P. delirante, Ideas de culpa, autodestructivas, Homicidas, fuga de Ideas, inhibición, perseveración, Bloqueo, Incoherencia, Orientación, Obnubilación, Estupor, Hipervigilancia, hipovigilancia, alucinaciones, ilusiones, verborrea, trastorno estructura sintáctica.

FISIOLÓGICO: Taquicardia, disnea, tensión muscular, sudoración, escalofríos, Opresión pecho, Alteraciones gastrointestinales, sequedad de boca, hipotermia, desvanecimiento, dolor de cabeza.

MOTOR: Enlentecimiento motor, paralización, tics/ esterotipias, tartamudeo, Hiperactividad, agitación, temblores, Estupor, discinesias, Llanto, Heteroagresividad, Autoagresividad,

EMOCIONAL: Shock emocional, embotamiento afectivo, Enfado, Ira, Irritabilidad, agresividad, Negación, culpabilidad, Ansiedad, Miedo, vergüenza, Indefensión, tristeza, Desesperanza, Vacío, Labilidad afectiva, Congruencia, apatía, Euforia, risa patológica, Otros.....

INTERVENCIÓN REALIZADA:

INCIDENCIAS Y OBSERVACIONES:

Psicólogo:.....Nº colegiado Firma:

INFORME DE ASISTENCIA SOCIAL

DATOS DE LA ACTUACIÓN:

Fecha.....hora inicial.....hora final.....Nº de Informe.....lugar del suceso.....

Nombre y Apellidos.....Edad.....Sexo: DNI.....Teléfono.....

Afectado Directo ☐ Familiar ó Allegado ☐

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

NECESIDADES SOCIALES DEL AFECTADO:

ALOJAMIENTO

ROPA

OTRAS PRESTACIONES MATERIALES

OTRAS NECESIDADES

INCIDENCIAS Y OBSERVACIONES:

Trabajador Social :.....Nº colegiado Firma: