

FICHA DE ENCAMINHAMENTO e IDENTIFICAÇÃO

Dados do/a Paciente

Nome _____

Data Nascimento _____ Idade _____ Naturalidade _____

Escolaridade/Profissão _____ Local _____

Morada _____

Código Postal: _____ Localidade _____

Dados do Cuidador

Nome _____

Telefone: _____ Telemóvel _____ E-mail _____

Disponibilidade preferencial horário: _____

=====

Já consultou algum pedopsiquiatra? _____

Motivo do encaminhamento (problemática): _____

=====

Entidade que Encaminha: _____

Contacto da Entidade: _____

Assinatura de quem Encaminha: _____

Data do encaminhamento: ____ / ____ / ____

=====

A preencher pelo MDV

Data da 1ª consulta : ____ / ____ / ____ Hora: _____

Pedopsiquiatra: _____

Observações: _____
