



**Informe de salud mental del solicitante**

**CONFIDENCIAL**

**Applicant Mental Health Report CONFIDENCIAL**

FECHA

**Sección 1: Contestada por el solicitante. Entregar a la oficina local de la División de Licencias.**

PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL	TELÉFONO Y FAX (CÓDIGO DE ÁREA)	OFICINA LOCAL DE LA DIVISIÓN DE LICENCIAS	
DIRECCIÓN / UBICACIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL SOLICITANTE			FECHA DE NACIMIENTO

Por este medio autorizo a mi proveedor de atención de salud mental para que entregue información que incluye, entre otra, mi historial de salud mental, diagnósticos y pronósticos. Se requiere esta información como parte de un estudio del hogar para cuidado suplente o adopción. Este permiso de divulgación de información tiene validez por un año a partir de la fecha de mi firma.

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_

FECHA

**Sección 2: Contestada por el proveedor de atención de salud mental. Entregar a la oficina local de la División de Licencias antes mencionada.**

FECHA EN QUE EL PROVEEDOR LO ATENDIÓ POR PRIMERA VEZ	FECHA DE LA ÚLTIMA CITA	
FRECUENCIA DE LAS VISITAS		
DIAGNÓSTICOS PASADOS DE SALUD MENTAL		
DIAGNÓSTICO ACTUAL DE SALUD MENTAL		
DESCRIBA LA ESTABILIDAD DEL SOLICITANTE		
MEDICAMENTOS ACTUALES: EXPLIQUE EL PROPÓSITO DEL MEDICAMENTO, LOS PROBLEMAS QUE PODRÍAN OCURRIR SI NO SE TOMA EL MEDICAMENTO SEGÚN LAS INDICACIONES Y CÓMO AFECTA EL FUNCIONAMIENTO COTIDIANO (EN PARTICULAR EN LO REFERENTE A LA SEGURIDAD AL CONDUCIR, LA ATENCIÓN Y LA CAPACIDAD PARA SUPERVISAR A NIÑOS DE MANERA SEGURA). EXPLIQUE CUALQUIER INQUIETUD RESPECTO A CÓMO LA COMBINACIÓN DE MEDICAMENTOS QUE TOMA EL SOLICITANTE PODRÍA AFECTAR SU FUNCIONAMIENTO.		
DESCRIBA CÓMO EL TRASTORNO DE SALUD MENTAL AFECTA EL CUIDADO DE NIÑOS ADICIONALES EN EL HOGAR.		
INQUIETUDES, COMENTARIOS O IMPRESIONES		
FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FECHA