

# ANEXO NN: formulario de derivación para la copia del paciente

Esta es una Herramienta incluida en la sección [Herramientas para el establecimiento de rutas de derivación](#) del capítulo 6: Servicios e intervenciones de SSRA. El Comité Permanente Entre Organismos (CPIA) proporciona formularios estándares para realizar derivaciones para casos de apoyo de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en todos los sectores humanitarios. En las Herramientas se han adaptado estos formularios para derivar a los pacientes adolescentes a diferentes servicios entre sectores, tales como nutrición, violencia basada en género (VBG), agua, saneamiento e higiene (WASH), etc. Estos incluyen formularios para la agencia que deriva al paciente, para el paciente derivado y la agencia que recibe la solicitud de derivación. Esta Herramienta es específicamente un formulario de derivación para el paciente adolescente.

**Copia para el paciente** ☐ Rutina ☐ Urgente Fecha de derivación (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_

## Formulario de derivación multisectorial para pacientes adolescentes

Agencia de derivación	
Agencia u organización:	Contacto:
Teléfono:	Correo electrónico:
Ubicación:	

  

Agencia receptora	
Agencia u organización:	Contacto (si se conoce):
Teléfono:	Correo electrónico:
Ubicación:	

  

Información del paciente adolescente	
Nombre:	Teléfono (si se tiene): *
Edad:	
Género autoidentificado:	Dirección u ubicación (si disponible): *
Idioma:	
Notas: **	

*\*Si el paciente adolescente no se siente cómodo al brindar esta información, no es necesario completar la derivación. Sea discreto al preguntar y utilice los recursos de las Herramientas para hablar con los adolescentes (consulte [Cinco principios para crear una atmósfera de confianza para el asesoramiento de los adolescentes](#)).*

*\*\*Utilice este espacio para incluir cualquier información adicional necesaria o útil para la agencia receptora, como las capacidades del paciente adolescente que puedan afectar la posibilidad para acceder o recibir los servicios de SSR (p. ej. impedimentos cognitivos, discapacidades físicas, etc.)*

Información de antecedentes o motivo de la derivación: descripción del problema, duración, frecuencia, etc. y servicios que se le hayan brindado	
¿Se le ha informado al paciente adolescente sobre la derivación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* (si la respuesta es no, explique a continuación)	¿El paciente adolescente ha sido derivado a alguna otra organización? <input type="checkbox"/> Sí* (si la respuesta es sí, explique a continuación) <input type="checkbox"/> No

*\*Utilice este espacio si el paciente no ha dado su consentimiento para la derivación porque está inconsciente y necesita un servicio de emergencia para salvar su vida.*

## Consentimiento para derivar e información de alta (leer con los pacientes adolescentes y responder a cualquier pregunta antes de que lo firmen a continuación)

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente adolescente), entiendo que el propósito de la derivación y de compartir esta información con \_\_\_\_\_ (agencia receptora) es por mi propia seguridad y para garantizar que recibo los servicios que necesito. El proveedor de servicios, \_\_\_\_\_ (agencia de derivación), me ha explicado claramente el procedimiento de la derivación y ha enumerado la información exacta que se debe compartir. Al firmar este formulario, autorizo esta derivación y el intercambio de información.

Firma del paciente adolescente:

Fecha (DD/MM/AA):

Si lo exige la legislación local vigente, \*firma del responsable del adolescente:

Fecha (DD/MM/AA):

*\*Los proveedores de servicios y las agencias de derivación deben documentar el consentimiento en la medida en que lo exijan las leyes locales. Si no existe una política sobre el consentimiento, se deben respetar las normas internacionales para documentar el consentimiento. [Nota: las normas internacionales no exigen el consentimiento de un adulto para recibir prestaciones]. Consulte las secciones [Servicios en los centros](#) e [información para la acción](#) para saber más sobre consentimiento y aprobación.*

### Servicios solicitados\*

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios generales de salud | <input type="checkbox"/> Servicios de gestión de asentamiento             | <input type="checkbox"/> Servicios de alimentos y medios de subsistencia |
| <input type="checkbox"/> Servicios de SSR             | <input type="checkbox"/> Ayuda económica en efectivo y en bonos servicios | <input type="checkbox"/> Servicios de asistencia legal                   |
| <input type="checkbox"/> Servicios contra la VBG      | <input type="checkbox"/> Servicios de protección infantil                 | <input type="checkbox"/> Servicios de alojamiento                        |
| <input type="checkbox"/> Servicios de SMAPS           | <input type="checkbox"/> Servicios de educación                           | <input type="checkbox"/> Servicios WASH                                  |
| <input type="checkbox"/> Servicio de nutrición        |   | <input type="checkbox"/> Otros (explique a continuación)                 |

Explique cualquier servicio solicitado:

*\*Algunas derivaciones pueden tener servicios que se superponen o pueden no estar disponibles en todos los contextos. Marque las casillas que correspondan.*

### Detalles de la derivación

¿El paciente adolescente aprueba las consultas de seguimiento después de la visita de derivación? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿qué forma de comunicación prefiere el paciente adolescente? (Explique a continuación)

Derivación para el paciente adolescente enviada mediante:

- |  |   |   |                                     |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teléfono (solo emergencias) | <input type="checkbox"/> correo electrónico | <input type="checkbox"/> Electrónicamente (p. ej. aplicación o base de datos) | <input type="checkbox"/> En persona |
|--|---|---|-------------------------------------|

Se esperan que las comunicaciones de seguimiento entre las agencias de derivación se realicen a través de:

- |                                   |   |                                     |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> correo electrónico | <input type="checkbox"/> en persona |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|

Por fecha (DD/MM/AA):

Las agencias que derivan acuerdan intercambiar la siguiente información durante la llamada de seguimiento o la cita:

Nombre y firma del beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_

Fuente: [formulario de derivación inter-agencial y nota orientativa](#) (grupo de referencia del CPIA sobre salud mental y apoyo psicosocial en contextos de emergencia, 2017).