

<b>NOMBRE</b> _____	<b>Semana:</b> _____	<b>Año:</b> _____	<b>Declara:</b> <input type="checkbox"/> Sin casos	<b>Hoja:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4
<b>CIAS</b> _____	<b>Finaliza el domingo:</b> _____	_____	<input type="checkbox"/> Con casos	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Fecha de cumplimentación:</b> _____	_____	<input type="checkbox"/> Ausencia	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6

<b>Número de CASO</b>	_____	_____	_____	_____
<b>IDENTIFICACIÓN del paciente</b>				
CIP/CIPA .....	_____	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento .....	_____	_____	_____	_____
Sexo .....	_____	_____	_____	_____

**PARTE A: INFORMACIÓN BÁSICA**

<b>Fecha de consulta</b> .....	_____	_____	_____	_____
<b>Tipo de consulta</b> .....				
Si el paciente ya ha sido diagnosticado:				
TDAH / Trastornos del aprendizaje .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEA / Retraso del desarrollo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones del sueño .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento suicida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteración de conducta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adicciones (alcohol u otras drogas, juego...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros .....	_____	_____	_____	_____
<b>Motivo de consulta actual</b> .....	_____	_____	_____	_____
<b>Sospecha de depresión, ansiedad o somatización</b> .....				
No se completa el estudio por .....	_____	_____	_____	_____
Limitaciones .....	_____	_____	_____	_____

**PARTE B: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

<b>Tipo de componente observado</b>				
Depresión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatización .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Origen de la sospecha inicial del PSM</b>				
Entorno escolar/laboral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entorno familiar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesional sanitario .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Circunstancias del entorno familiar</b>				
Hijo/a adoptado/a .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijo/a en acogida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijo/a prematuro/a .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familia monoparental .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proceso actual de separación/divorcio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallecimiento de padre/madre/tutor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental diagnosticada en algún conviviente ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Existe sospecha o evidencia de maltrato, negligencia o algún tipo de violencia intrafamiliar (de género, etc.)?</b>				
<b>Presencia de problema de salud físico de larga duración</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Actitud terapéutica</b>				
Apoyo o consejo a padres/madres/tutores/niño/familia .....	_____	_____	_____	_____
Tratamiento farmacológico .....	_____	_____	_____	_____
Fecha inicio tratamiento farmacológico .....	_____	_____	_____	_____
Derivación por este motivo de consulta .....	_____	_____	_____	_____
Fecha de derivación .....	_____	_____	_____	_____
<b>Observaciones<sup>1</sup></b>	_____	_____	_____	_____

<sup>1</sup> Campo libre para que el profesional anote otras situaciones no contempladas en la encuesta pero que surjan en la entrevista o conozcan, como separaciones/divorcios complejos, fallecimientos, maltrato, violencia intrafamiliar, abuso de tóxicos, identidad de género distinta del sexo del adolescente etc.

## Centros de coordinación periféricos

<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Ávila</b> Sección de Epidemiología Cl. San Juan de la Cruz, 28. 05001 Ávila Tel: 920355073;810492/810525 Email: <a href="mailto:redcentinela.avila@jcy.l.es">redcentinela.avila@jcy.l.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Burgos</b> Sección de Epidemiología Po. Sierra de Atapuerca, 4. 09002 - Burgos Tel: 947280137;820805 / 947280101;820802 Email: <a href="mailto:redcentinela.burgos@jcy.l.es">redcentinela.burgos@jcy.l.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de León</b> Sección de Epidemiología/Edif. Usos Múltiples 2ª planta Av. Peregrinos, s/n. 24008 - León Tel: 987296941;831370/831356 Email: <a href="mailto:redcentinela.leon@jcy.l.es">redcentinela.leon@jcy.l.es</a></p>
<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Palencia</b> Sección de Epidemiología Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443;840643 / 979715441;840642 Email: <a href="mailto:redcentinela.palencia@jcy.l.es">redcentinela.palencia@jcy.l.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Salamanca</b> Sección de Epidemiología Cl. Príncipe de Vergara, 53-71. 37003 - Salamanca Tel: 923296030;851813 / 923296022;851815 Email: <a href="mailto:redcentinela.salamanca@jcy.l.es">redcentinela.salamanca@jcy.l.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Segovia</b> Sección de Epidemiología Av. Juan Carlos I, 3. 40005 - Segovia Tel: 921417155;860423 / 921417175;860426 Email: <a href="mailto:redcentinela.segovia@jcy.l.es">redcentinela.segovia@jcy.l.es</a></p>
<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Soria</b> Sección de Epidemiología Cl. Nicolás Rabal, 7. 42003 - Soria Tel: 975236600;871142/871141 Email: <a href="mailto:redcentinela.soria@jcy.l.es">redcentinela.soria@jcy.l.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Valladolid</b> Sección de Epidemiología Av. Ramón y Cajal, 6. 47005 - Valladolid Tel: 983413760;883731/883729 Email: <a href="mailto:redcentinela.valladolid@jcy.l.es">redcentinela.valladolid@jcy.l.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Zamora</b> Sección de Epidemiología Pl. de Alemania, 1. 49014 - Zamora Tel: 980547431;890385 / 980547439;890409 Email: <a href="mailto:redcentinela.zamora@jcy.l.es">redcentinela.zamora@jcy.l.es</a></p>

## Centro coordinador general

<p><b>Dirección General de Salud Pública</b> Servicio de Información de Salud Pública Paseo de Zorrilla, 1. 47007 - Valladolid Tel:983413600;806415/806358/807023/806360/806366 Email : <a href="mailto:redcentinela@jcy.l.es">redcentinela@jcy.l.es</a></p>
--

## Centro coordinador de enfermería

<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Palencia</b> Sección de Epidemiología Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443;840643 / 979715441;840642 Email: <a href="mailto:redcentinela.palencia@jcy.l.es">redcentinela.palencia@jcy.l.es</a></p>
---



**RED CENTINELA SANITARIA**  
CASTILLA Y LEÓN

Semana	Año	F. inicio	F. fin
27	2024	01/07/2024	07/07/2024
28	2024	08/07/2024	14/07/2024
29	2024	15/07/2024	21/07/2024
30	2024	22/07/2024	28/07/2024
31	2024	29/07/2024	04/08/2024
32	2024	05/08/2024	11/08/2024
33	2024	12/08/2024	18/08/2024
34	2024	19/08/2024	25/08/2024
35	2024	26/08/2024	01/09/2024
36	2024	02/09/2024	08/09/2024
37	2024	09/09/2024	15/09/2024
38	2024	16/09/2024	22/09/2024
39	2024	23/09/2024	29/09/2024
40	2024	30/09/2024	06/10/2024
41	2024	07/10/2024	13/10/2024
42	2024	14/10/2024	20/10/2024
43	2024	21/10/2024	27/10/2024
44	2024	28/10/2024	03/11/2024
45	2024	04/11/2024	10/11/2024
46	2024	11/11/2024	17/11/2024
47	2024	18/11/2024	24/11/2024
48	2024	25/11/2024	01/12/2024
49	2024	02/12/2024	08/12/2024
50	2024	09/12/2024	15/12/2024
51	2024	16/12/2024	22/12/2024
52	2024	23/12/2024	29/12/2024
1	2025	30/12/2024	05/01/2025
2	2025	06/01/2025	12/01/2025
3	2025	13/01/2025	19/01/2025
4	2025	20/01/2025	26/01/2025
5	2025	27/01/2025	02/02/2025
6	2025	03/02/2025	09/02/2025
7	2025	10/02/2025	16/02/2025
8	2025	17/02/2025	23/02/2025
9	2025	24/02/2025	02/03/2025
10	2025	03/03/2025	09/03/2025
11	2025	10/03/2025	16/03/2025
12	2025	17/03/2025	23/03/2025
13	2025	24/03/2025	30/03/2025
14	2025	31/03/2025	06/04/2025
15	2025	07/04/2025	13/04/2025
16	2025	14/04/2025	20/04/2025
17	2025	21/04/2025	27/04/2025
18	2025	28/04/2025	04/05/2025
19	2025	05/05/2025	11/05/2025
20	2025	12/05/2025	18/05/2025
21	2025	19/05/2025	25/05/2025
22	2025	26/05/2025	01/06/2025
23	2025	02/06/2025	08/06/2025
24	2025	09/06/2025	15/06/2025
25	2025	16/06/2025	22/06/2025
26	2025	23/06/2025	29/06/2025