

ANEXO I PAD-SM EXTREMADURA

La mayor explicitación y ser capaces de completar el documento lo hará más útil en el desarrollo de las intervenciones terapéuticas

Yo, _____, con documento de identificación tipo (DNI, NIE,...) _____, N° _____, expongo:

MIS VALORES SON:

CÓMO ES MI DÍA A DÍA EN MOMENTOS ESTABLES:

ASPECTOS QUE ME PREOCUPAN EN CASO DE URGENCIA (MASCOTAS, PERSONAS A MI CARGO, CUIDADO DE ENSERES, ASPECTOS RELACIONADOS CON MI HOGAR,ETC.)

DESCRIBIR SIGNOS DE ALERTA, SÍNTOMAS, SITUACIONES O CIRCUNSTANCIAS QUE DAN LUGAR A LA APLICACIÓN DE LO EXPRESADO EN ESTE DOCUMENTO DE PAD- SM.

DESCRIPCIÓN DE OTRAS CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON LA SALUD

INDICAR ACTUACIONES QUE LE HACEN SENTIRSE MEJOR O PEOR.

NOMBRAR A PERSONAS A LAS QUE AVISAR O NO AVISAR EN UN MOMENTO DE ALARMA.

Nombre	Teléfono	¿he compartido con la persona el contenido de este PAD-SM?	Temas para el que quiero especialmente se contacte con él o ella

NO QUIERO QUE SE CONTACTE CON:

PERSONAS (NOMBRE, RELACIÓN,...)	MOTIVO

MIS PREFERENCIAS DE VISITA CON O SIN HOSPITALIZACIÓN EN MOMENTOS DE VULNERABILIDAD

EXPRESAR PREFERENCIAS RESPECTO A TRATAMIENTOS: FARMACOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, PSICOSOCIALES, ETC. CON PRIORIZACIÓN O PONDERACIÓN DE LAS DIFERENTES OPCIONES, EVITANDO EXPRESIONES ÚNICAS O ALEJADAS DE LAS POSIBILIDADES DE LA RED.

NOMBRAR PREFERENCIAS RELACIONADAS CON ACTUACIONES TERAPÉUTICAS DURANTE MOMENTOS DE CRISIS O ESPECIAL VULNERABILIDAD

PREFERENCIAS RESPECTO A PROFESIONALES.

NOMBRAR PREFERENCIAS RELACIONADAS CON HÁBITOS PERSONALES (DIETA, ACTIVIDADES OCUPACIONALES, INTERESES, AFICIONES, HÁBITOS RELIGIOSOS O ESPIRITUALES, HÁBITOS ASEO Y SUEÑO, ETC.).

Este documento ha sido realizado de manera (señala):

individual

Consensuado con:

Así, entrego este documento en dispositivo de la RED DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA:

Fecha de entrada en vigor:

En _____, a ____ de _____ de 202_

Fdo.: _____

Fechas de modificación de mi PAD-SM:

Fecha:	Motivos	Ver documento anexo
Fecha:	Motivos	Ver documento anexo
Fecha:	Motivos	Ver documento anexo
Fecha:	Motivos	Ver documento anexo

Fecha de anulación PAD-SM:

MOTIVO:	Fecha y firma:
---------	----------------

ANEXO II COMPLEMENTO PAD-SM

Yo, _____, con documento
de identificación tipo (DNI, NIE,...) _____, N° _____, expongo:

Teniendo un PAD-SM, desearía exponer:

Y para que surtan los efectos oportunos, lo firmo en :

_____ a ___ de _____ de 202_

Fdo: _____