

## 3.11.- CUALQUIER OTRO TIPO DE ALTERACIÓN Y SU VALORACIÓN (en leve "L", grave "G" o moderado "M").

4. SITUACIÓN PSÍQUICA.

Rellenar o marcar en el caso que se tengan datos u observaciones al respecto:

4.1.- CONTACTO CON LA REALIDAD ALTERADO (Pérdida de identidad, desorientación témporo-espacial, proceso demencial o psicótico, etc.)

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	↓		
L	M	G	

4.2.- ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN Y MEMORIA.

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	↓		
L	M	G	

4.3.- ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO (Depresión, distimias, manía, etc.).

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	↓		
L	M	G	

4.4.- DEFICIENCIA MENTAL

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	↓		
L	M	G	

4.5.- TRASTORNOS CARACTERIALES.

4.5.1.- Comportamiento agresivo:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

4.5.2.- Alcoholismo o adicción a drogas:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

4.5.3.- Otros tipos de trastornos de conducta:

5. INDICAR SI EL PACIENTE PADECE ALGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA

SI

NO