

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

**RENOVACIÓN**

**NUEVAS PRESCRIPCIONES**

**Número de CASO**

Tubo de caso					
<b>Tipo de caso</b>					
<b>IDENTIFICACIÓN del paciente</b>					
CIP/CIPA .....	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento (D/M/A) .....	_____	_____	_____	_____	_____
Sexo .....	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Situación LABORAL</b> .....					
<b>Situación de CONVIVENCIA</b> .....					
<b>MOTIVO de la consulta</b>					
Síndrome ansioso .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome depresivo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome somatomorfo: somatización, conversión, hipocondría .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de adaptación: duelo, inadaptación-violencia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del sueño .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndromes demenciales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia y otras psicosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso o dependencia de drogas o psicofármacos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del control de los impulsos: juego patológico, explosiones de ira, etc .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltrato o sospecha de maltrato .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control de reacciones adversas de fármacos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síndromes psiquiátricos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros no relacionados directamente con patología psiquiátrica .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indeterminado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar diagnóstico (en su caso): Asociación con enfermedad física .....	_____	_____	_____	_____	_____
<b>INICIATIVA de la demanda</b> .....					
<b>TRATAMIENTO</b>					
Prescripción actual (sí/no) .....					
Especialidad 1 .....	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis/Día .....	_____	_____	_____	_____	_____
Especialidad 2 .....	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis/Día .....	_____	_____	_____	_____	_____
Especialidad 3 .....	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis/Día .....	_____	_____	_____	_____	_____
Periodo previsto de duración del tratamiento (en semanas) .....	_____	_____	_____	_____	_____
Prescripción anterior (sí/no) .....					
Especialidad principal .....	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha .....	_____	_____	_____	_____	_____
<b>DERIVACIÓN</b> .....					

Centros de coordinación periféricos

<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Ávila</b> Sección de Epidemiología C/ San Juan de la Cruz, 28. 05001 Ávila Tel: 920355073-810492 / 920355276-810489 Fax: 920355083 Email: <a href="mailto:redcentinelava.avila@jcy.es">redcentinelava.avila@jcy.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Burgos</b> Sección de Epidemiología Paseo Sierra de Atapuerca, 4. 09002 - Burgos Tel: 947280107- 820805 / 947280137-820805 Fax: 947280125 Email: <a href="mailto:redcentinelaburgos@jcy.es">redcentinelaburgos@jcy.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 ext 831377 / 831370 Fax: 987296239 Email: <a href="mailto:redcentinela.leon@jcy.es">redcentinela.leon@jcy.es</a></p>
<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Palencia</b> Sección de Epidemiología Avda. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443-840643 / 979715441-840642 Fax: 979715427 Email: <a href="mailto:redcentinela.palencia@jcy.es">redcentinela.palencia@jcy.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 Fax: 923296745 Email: <a href="mailto:redcentinela.salamanca@jcy.es">redcentinela.salamanca@jcy.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 Fax: 921417376 Email: <a href="mailto:redcentinela.segovia@jcy.es">redcentinela.segovia@jcy.es</a></p>
<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Soria</b> Sección de Epidemiología Cl. Nicolás Rabal, 7. 42003 - Soria Tel: 975236600 ext 871140 / 871141 / 871142 Fax: 975236602 Email: <a href="mailto:redcentinela.soria@jcy.es">redcentinela.soria@jcy.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Valladolid</b> Sección de Epidemiología Av. Ramón y Cajal, 6. 47005 - Valladolid Tel: 983413783-883728 / 983413760-883731 Fax: 983413829 Email: <a href="mailto:redcentinela.valladolid@jcy.es">redcentinela.valladolid@jcy.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Zamora</b> Sección de Epidemiología Pl. de Alemania, 1. 49014 - Zamora Tel: 980547439-890409 / 980547440-890419 Fax: 980547420 Email: <a href="mailto:redcentinela.zamora@jcy.es">redcentinela.zamora@jcy.es</a></p>

Centro coordinador general

**Dirección General de Salud Pública**

Servicio de Información de Salud Pública  
Paseo de Zorrilla, 1. 47007 - Valladolid  
Tel: 983413600 ext 806415 / 807023 / 806358  
Fax: 983413745  
Email: [redcentinela@jcy.es](mailto:redcentinela@jcy.es)

Centro coordinador de enfermería

**Servicio Territorial de Sanidad de Palencia**

Sección de Epidemiología  
Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia  
Tel: : 979715443-840643 / 979715441-840642  
Fax: 979 71 54 27  
Email: [redcentinela.palencia@jcy.es](mailto:redcentinela.palencia@jcy.es)



**RED CENTINELA SANITARIA**  
CASTILLA Y LEÓN

Semana	Finaliza
01/2023	08/01/2023
02/2023	15/01/2023
03/2023	22/01/2023
04/2023	29/01/2023
05/2023	05/02/2023
06/2023	12/02/2023
07/2023	19/02/2023
08/2023	26/02/2023
09/2023	05/03/2023
10/2023	12/03/2023
11/2023	19/03/2023
12/2023	26/03/2023
13/2023	02/04/2023
14/2023	09/04/2023
15/2023	16/04/2023
16/2023	23/04/2023
17/2023	30/04/2023
18/2023	07/05/2023
19/2023	14/05/2023
20/2023	21/05/2023
21/2023	28/05/2023
22/2023	04/06/2023
23/2023	11/06/2023
24/2023	18/06/2023
25/2023	25/06/2023
26/2023	02/07/2023
27/2023	09/07/2023
28/2023	16/07/2023
29/2023	23/07/2023
30/2023	30/07/2023
31/2023	06/08/2023
32/2023	13/08/2023
33/2023	20/08/2023
34/2023	27/08/2023
35/2023	03/09/2023
36/2023	10/09/2023
37/2023	17/09/2023
38/2023	24/09/2023
39/2023	01/10/2023
40/2023	08/10/2023
41/2023	15/10/2023
42/2023	22/10/2023
43/2023	29/10/2023
44/2023	05/11/2023
45/2023	12/11/2023
46/2023	19/11/2023
47/2023	26/11/2023
48/2023	03/12/2023
49/2023	10/12/2023
50/2023	17/12/2023
51/2023	24/12/2023
52/2023	31/12/2023