



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

Comunidad de Madrid



CONSEJERÍA
DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA

Comunidad de Madrid



CUADERNO DE COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR DEL MUNICIPIO DE MÓSTOLES



AYUNTAMIENTO DE MOSTOLES

**COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA
Y DESARROLLO INFANTIL DEL MUNICIPIO DE MÓSTOLES**

INSTRUCCIONES DE USO DEL CUADERNO

Este cuaderno tiene carácter **confidencial** y pretende mantener una coordinación, a través de las familias, entre profesionales de las diferentes instituciones que atienden a su hijo/a.

Se incluirá información relativa a la observación del niño/a por cada uno de los profesionales que interactúan con él, pruebas médicas, evaluaciones, pautas, próximas revisiones... e incluir cualquier documento/informe que se estime oportuno.

Este cuaderno podrá iniciarse por cualquier profesional que necesite la coordinación con otra institución, facilitándose a la familia.

El fin último de este instrumento es **favorecer la coordinación interinstitucional en Móstoles** y dar coherencia a las intervenciones de los distintos profesionales que trabajan con el niño/a y la familia, mejorando así la calidad de la atención prestada.



AYUNTAMIENTO DE MOSTOLES

Autores/as:

COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA Y DESARROLLO INFANTIL DEL MUNICIPIO DE MÓSTOLES:

Aja Barcenas, Silvia -Orientadora del EOEP
Cazaña Pérez, Jesús N - Director El Caleidoscopio
Cobeta García, María - Orientadora EOEP
Cordero Castro, Cristina - Neuropediatra Hospital Rey Juan Carlos
Chinchurreta Lora, Nuria - Psiquiatra de Salud Mental
Delgado Carazo, Piedad - Psicólogo de SMAPSIA
Fresno Fernández, Isabel - Orientadora del EAT
Franco Alvarez, María - Orientadora CEE Miguel de Unamuno
Jiménez González, Erika - Neuropediatra Hospital Rey Juan Carlos.
Jiménez Hijosa, Pilar – Profesora Técnico de Servicios a la Comunidad
Marín Aparicio, Mar – Directora del CAT. **Presidenta de la Comisión**
Martín Sánchez, Emiliano.- Director Centro Base N IV
Molina Amores, Clara - Pediatra Atención Primaria
Niño Murillo, Marta - Directora del EOEP
Romero Turel, Fatima. – Psicóloga del CAT
Sagaseta Jimenez, Evelia - Profesora Técnico de Servicios a la Comunidad
Sanz Hernaiz, Miriam - Profesora Técnico de Servicios a la Comunidad
Tato Rodríguez, M^aBlanca - Directora del CEIP Pablo Sarasate
Torres Mohedas, Julián – Neuropediatra Hospital Universitario de Móstoles
Villares Alonso, Rebeca – Neuropediatra Hospital Universitario de Móstoles
Yagüe Alonso, María José - Responsable Programa de Familia y Menor.

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL CUADERNO DE COORDINACIÓN
INTERDISCIPLINAR DEL MUNICIPIO DE MÓSTOLES.**

Este documento autoriza a los profesionales del ámbito educativo, sanitario y social al uso del cuaderno de coordinación interdisciplinar del municipio de Móstoles. El objetivo del mismo es que se proceda de manera **centralizada** en la coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en el diagnóstico y seguimiento del menor. Será portado y custodiado por la propia familia. Se ajustará en todo momento, al régimen de protección de datos según establece la Ley Orgánica 15/99 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

Y en tales condiciones AUTORIZO con este fin, como representante legal del menor, a que se realice la interconsulta propuesta entre los profesionales del ámbito educativo, sanitario y social que van a intervenir en el proceso diagnóstico-terapéutico de aquel.

Yo, D./D^a _____

Con NIF _____ como _____
(progenitor/a/representante legal)

Yo, D./D^a _____

Con NIF _____ como _____
(progenitor/a/representante legal)

del niño/a _____

con fecha de nacimiento _____ he comprendido las explicaciones que se me han facilitado D./D^a _____, profesional del ámbito _____ del Centro _____

(educativo/sanitario/social/otros)

El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar la autorización que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación del procedimiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____
(progenitor/a/representante legal)

Fdo.: _____
(progenitor/a/representante legal)

Fdo.: _____

EL PROFESIONAL Y SELLO

**DECLARACIÓN JURADA
EN EL CASO DE PRESENTAR UNA SOLA FIRMA**

D./D^a _____
con DNI/NIE/Pasaporte (rodee lo que proceda) N^o _____
y domicilio a efecto de notificaciones en la localidad de _____
C/ _____ (CP: _____)
Teléfono/s _____ como progenitor/tutor legal del niño/a:

DECLARA:

Saber que cualquier decisión dentro de las atribuciones propias y relativas a las del ejercicio de la patria potestad ha de ser tomada de común acuerdo por ambos progenitores.

Que por causas especiales (enfermedad, paradero desconocido, estar ausente del país u otras circunstancias o razones de causa mayor) la persona declarante se compromete a mantener informado a la otra parte de todo lo relacionado con el uso del "Cuaderno de Coordinación Interinstitucional del Municipio de Mostoles" de su hijo/a.

A todos los efectos.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. _____

**REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL CUADERNO DE
COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR DEL MUNICIPIO DE MÓSTOLES.**

Yo, D./D^a _____
con DNI/NIE/Pasaporte (rodee lo que proceda) N^o _____
como _____ del niño/a _____
(progenitor/a/representante legal)

Yo, D./D^a _____
con DNI/NIE/Pasaporte (rodee lo que proceda) N^o _____
como _____ del niño/a _____
(progenitor/a/representante legal)

declaro que, tras la información recibida, REVOCO la autorización prestada en fecha _____ para el uso del Cuaderno de Coordinación Interdisciplinar asumiendo el perjuicio que esta acción puede ocasionar.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____
(progenitor/a/representante legal)

Fdo.: _____
(progenitor/a/representante legal)

Fdo.: _____
EL PROFESIONAL Y SELLO

Pese a esta revocación y amparados en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, se hace constar la obligatoriedad del profesional de proteger al menor mediante la prevención y reparación de situaciones de riesgo.

PROFESIONALES QUE ATIENDEN AL NIÑO/A

Nombre de profesional	Contacto	Recurso de referencia

AGENDA DE SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Motivo de apertura: (incluir diagnóstico si lo tuviera o la necesidad de coordinación)

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones Fecha:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones Fecha:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones Fecha:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones Fecha:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones Fecha:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones Fecha:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones Fecha:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones Fecha:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones Fecha:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones Fecha:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones:

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE:

- Nombre del profesional e institución a la que pertenece:

- Fecha:

- Observaciones: