



**ANEXO II
DICTAMEN DE NECESIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA**

Fecha:

Centro Base:

DATOS DEL NIÑO/A	
Nombre y apellidos:
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Domicilio.	Población:
Teléfono:.....	

ORIGEN DE LA DERIVACION	
Remitente:
Centro:
Fecha de Remisión:
Motivo:

ACTUACIONES REALIZADAS

--	--	--

CRITERIOS QUE CUMPLE**(3 dígitos)**

CRITERIOS QUE CUMPLE (3 dígitos)		

DIAGNOSTICO FUNCIONAL

1. Trastorno en el desarrollo motriz	
2. Trastorno en el desarrollo cognitivo	
3. Trastorno en el desarrollo sensorial	
4. Trastorno en el desarrollo del lenguaje	
5. Trastorno generalizado del desarrollo	
6. Trastorno en la conducta	
7. Trastorno emocional	
8. Trastorno en el desarrollo de la expresión somática	
9. Retraso evolutivo	

DIAGNOSTICO CIE. 10**(Hasta 3 códigos literales y sus respectivos numéricos)**

DIAGNOSTICO CAUSAL

--

Fdo: El Director del Centro Base: