



CIUDAD AUTÓNOMA  
DE  
MELILLA

Consejería de Bienestar Social

<input type="checkbox"/> Padece	<i>Enfermedad mental grave</i>
<input type="checkbox"/> Ha padecido	
<input type="checkbox"/> No padece	

En caso afirmativo (presente o antecedente) especificar:

Diagnostico: .....

.....

.....

Medidas terapéuticas en la actualidad: .....

.....

.....

Situación actual desde el punto de vista evolutivo: .....

.....

.....

¿Existen, a su juicio, limitaciones severas en el desarrollo personal y/o evolutivo profesional derivadas de su enfermedad mental? (marcar con una X)

No

Si

Detallar si procede: .....

.....

.....