**BECAS DE TRATAMIENTO GRUPO PSICOACTIVA**

**DOCUMENTO DE PROPUESTA DE CANDIDATOS. *(A rellenar por la organización).***

|  |
| --- |
| **DATOS CLÍNICOS**  |
| *Código del candidato* |  |
| *Organización a la que pertenece* |  |
| *Sexo* |  |
| *Edad* |  |
| *Nacionalidad* |  |
| *Profesión* |  |

|  |
| --- |
| **BREVE HISTORIA CLÍNICA** |
| *Motivo de consulta* |
|  |
| *Diagnóstico (si lo hay)* |
|  |
| *Historial de salud y médico* |
|  |
| *Historia familiar* |
|  |
| *¿Por qué debe ser beneficiario de una beca?* |
|  |