**EVALUACIÓN INICIAL**    
**(Historia Clínica)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la paciente** | | | |
| **Nombre:** |  | **Ocupación:** |  |
| **Tipo de identificación:** |  | **Nivel escolaridad:** |  |
| **Estado civil:** |  | **Estrato:** |  |
| **Sexo:** |  | **Religión profesada:** |  |
| **Tipo sangre:** |  | **Dirección:** |  |
| **Fecha nacimiento:** |  | **Ciudad:** |  |
| **Ciudad de nacimiento:** |  | **Celular:** |  |
| **Motivo de consulta:** | | | |
|  | | | |
| **Antecedentes del motivo de consulta:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Estado mental:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Historia personal relevante:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Intervención realizada:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Aproximación diagnóstica de ingreso:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Entidad que remite y motivo de remisión:** | | | |
|  | | | |
| **Antecedentes Personales:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Historia familiar relevante:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Detalles del encuadre terapéutico:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Escalas del desarrollo (Sólo para niños):** | | | |
|  | | | |
| **Observaciones adicionales:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |

  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Johana Andrea alvarez Monsalve

Firma

|  |  |
| --- | --- |
| CC. |  |
| TP. |  |
| RETHUS. |  |