

Formato de entrevista inicial
Servicio Externo en Psicología Clínica

Fecha de llenado:
____/____/____
Folio: _____

Facultad de Psicología

*Km 1 Carretera Mérida – Tizimín, Campus de Ciencias
Sociales, Económicas, Administrativas y Humanistas.
Teléfonos: 9-432098 / 9-432045 / 9-433888 Ext. 77132*

PARA LLENADO DE ADMINISTRACIÓN Y COORDINACIÓN					
BASE DE DATOS ()		CAMP ()		FAC () LIC ()	
Datos del prestador:					
Prestador asignado: _____					
Maestría Adultos () Maestría Infantil () Servicio Social () Prácticas Prof. () Voluntario ()					
Servicio ofrecido:					
Psicoterapia individual ()		Psicodiagnóstico ()		Estudio vocacional ()	
Datos del servicio:					
Día: _____		Hora: _____		Sala: _____ Couta: _____	
Estatus del servicio:					
Concluida: () Cancelada () Baja: () Deserción: () Fecha: _____					
Observaciones: _____					

Datos del solicitante:					
Nombre del solicitante: _____					
Relación del que solicita con el usuario:					
Mamá ()		Tutor legal ()		Alumno UADY () Alumno facultad ()	
Papá ()		Alumno externo ()		Referido por: _____	
¿Cómo se enteró del servicio? _____			¿Ingresó otra solicitud? Sí () No ()		
_____			¿De quién? _____		
Documento de identificación del solicitante (ID):					
Tipo de ID: Credencial de elector ()		Licencia de conducir ()		Folio: _____	
Otro tipo de ID: _____					
Disponibilidad de horario del solicitante y/o usuario:					
Día:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Disponibilidad:					

DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
Nombre: _____	Género: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Otro: _____	
Edad: _____	Fecha de nacimiento: __/__/__	Religión: _____	
Dirección: _____	Escolaridad: _____		
Grado escolar: _____	Nombre de la escuela: _____	Pub(<input type="checkbox"/>) Priv(<input type="checkbox"/>)	
Edo. Civil: Soltero(<input type="checkbox"/>) Casado(<input type="checkbox"/>) Divorciado(<input type="checkbox"/>) Separado(<input type="checkbox"/>) Viudo(<input type="checkbox"/>) Unión Libre(<input type="checkbox"/>) Otro: _____			
Ocupación: _____	Ingreso Mensual: \$ _____	Otros ingresos: \$ _____	
Teléfono de casa: _____	Celular responsable: _____		
Contacto adicional: _____	Teléfono: _____		
¿Anteriormente ya había solicitado servicio en SEAP? Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)			
¿Cuándo fue la última vez que solicitó el servicio?			
¿Quién acudió?			

DATOS FAMILIARES	
Pareja: _____	Género: H(<input type="checkbox"/>) M(<input type="checkbox"/>) Otro: _____
Dirección: _____	Edad _____
Escolaridad _____	Teléfono _____
Lugar de trabajo _____	Celular _____
Estado civil _____	Ocupación _____
	Ingreso mensual: \$ _____
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/>	
Dirección: _____	Teléfono _____
Escolaridad _____	Celular _____
Lugar de trabajo _____	Ocupación _____
Estado civil _____	Ingreso mensual: \$ _____
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/>	
Dirección: _____	Teléfono _____
Escolaridad _____	Celular _____
Lugar de trabajo _____	Ocupación _____
Estado civil _____	Ingreso mensual: \$ _____

MIEMBROS DEL HOGAR <i>(personas que vivan en el mismo hogar)</i>			
Relación	Nombre	Edad	Ocupación
¿Familiar con alguna discapacidad?			

HISTORIAL DE ATENCIÓN	
¿Recibe o ha recibido apoyo psicológico en algún momento de su vida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Motivo: _____	¿Cuándo? _____ ¿Con quién? _____
¿Recibe o ha recibido atención psiquiátrica? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Motivo: _____	¿Cuándo? _____ ¿Con quién? _____
¿Recibe o ha recibido atención neurológica? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Motivo: _____	¿Cuándo? _____ ¿Con quién? _____
¿Actualmente toma algún medicamento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____	
Periodicidad: _____	Gramaje: _____
¿Algún familiar presenta o ha presentado problemas psicológicos? Sí No Mencione: _____	

ÁREAS DE VIDA
Escolar
Rendimiento y satisfacción:
Problemas de atención:
Calidad de la relación con compañeros:
Actitud hacia la escuela:
Laboral
Desempeño y satisfacción:
Relación con compañeros y jefes:
Estrés percibido (carga laboral, presión, equilibrio de vida personal-laboral):
Social
Redes de apoyo y calidad:
Frecuencia de contacto con redes de apoyo:
Expectativas/responsabilidades/comportamiento en grupo social:
Familiar
Rol en la familia (responsabilidades y funciones):
Tiempo de calidad:
Vínculo más cercano:
Relación conflictiva:
Pareja
Calidad en la comunicación:
Apoyo percibido:
Intimidad y conexión emocional:

HÁBITOS DE SALUD
Sueño
Horas de sueño promedio:
Calidad de sueño (nivel de descanso):
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">0</div> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px dotted black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: -5px;">Sueño perturbado</div> <div style="position: absolute; right: 0; top: -5px;">Sueño reparador</div> </div> <div style="text-align: center;">10</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: 5px;"> Fatiga extrema al despertar, sin descanso. Interrupción ocasional, más descanso que fatiga Revitalizado, enérgico, descansado. </div>
Dificultades percibidas (conciliación, interrupción, otro):
Alimentación
Frecuencia y horarios de comidas:
Estilo de alimentación:
Presencia de régimen/dieta/control:
Actividad física
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Tipo de actividad:</div> <div>Casual: <input type="checkbox"/> Formal: <input type="checkbox"/></div> </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Frecuencia:</div> <div>Duración:</div> </div>
Observaciones:

Consumo de sustancias
¿Consume alguna sustancia? (tabaco, alcohol, estimulantes, sedantes, fármacos, otros):
Mencione: _____ Frecuencia: D ____ S ____ M ____ Cantidad: _____ Intentos por reducir (#): _____ Síntomas de abstinencia: _____
Accesibilidad a la sustancia: _____
Dificultades asociadas al consumo: _____
*Observaciones:

Las siguientes preguntas pueden ser poco comunes, pero son parte del protocolo de entrevista*

Riesgo suicida
¿Ha pensado que estaría mejor muerto o deseado estar muerto?
¿Ha deseado hacerse daño?
¿Ha pensado en suicidarse?
¿Ha planeado cómo?
¿Ha intentado suicidarse en el último mes? _____ ¿Alguna vez en su vida? _____
*Observaciones:

Hostilidad (Manejo de la ira):	Hostilidad (Manejo de la ira):
¿Con qué frecuencia se siente enojado? D ____ S ____ M ____	Situaciones:
¿Ha sentido que no puede controlarse?	¿Qué hace?
¿Ha pensado en romper o destruir cosas?	¿Lo ha hecho?
> ¿y dañar a personas?: <i>(fantasía/ impulso/acto)</i>	
¿Grita o tira cosas?	
¿Suele meterse muy seguido en discusiones? (Describe una situación)	
*Observaciones:	

MOTIVO DE CONSULTA
Motivo de consulta:
¿Qué fue lo último que ocurrió para que decidiera venir al psicólogo (detonante)?
Manifestación sintomática
¿Qué respuestas <i>físicas</i> se presentan?
¿Qué <i>pensamientos</i> tiene en esta situación?
¿Qué <i>emociones</i> se presentan?
¿Qué <i>hace</i> cuando esto sucede?
¿Hace <i>cuánto</i> iniciaron estas manifestaciones?: Frecuencia (veces por): D ____ S ____ M ____ Intensidad (0-10): _____
CONTEXTO
¿En qué <i>momentos</i> del día se presenta el problema?
¿En qué <i>lugar</i> es más probable que suceda?
¿Quién suele estar con usted cuando esto sucede?
¿Durante qué <i>actividad</i> es más probable que esto ocurra?
¿En qué situaciones <i>no se presenta</i> este problema?

Manifiesto que los datos que he proporcionado son verdaderos.

“Estoy consciente de que existe una amplia lista de espera en cuanto a las solicitudes se refiere y que, por lo tanto, podrían pasar varios meses para que mi solicitud sea asignada al terapeuta pertinente. Por ello, me comprometo a estar al pendiente del seguimiento de mi solicitud, ya que el proceso de asignación será más breve si me responsabilizo de estar al tanto del tiempo que me quede en lista de espera. De igual manera, me comprometo a informar de cualquier modificación que exista en los números de teléfono que proporcioné, ya que son el único medio por el cual podré ser localizado.”

Firma del Solicitante

Entrevistador: _____

S.S.

☐
☐

Becario

P.P.

☐
☐

Voluntariado

Intervención

☐
☐

Otro

OBSERVACIONES o IMPRESIÓN del entrevistador (actitud inicial ante la consulta, cooperación con la entrevista, quién acompaña al paciente, vestuario o seña distintiva):

Enlace para el llenado de encuesta de NSE:

