

HISTORIA CLÍNICA MÉDICO-PSIQUIÁTRICA

No. de Expediente: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

1.- Padecimiento Actual:

¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

Si

No

¿Cuál?

¿Está tomando algún medicamento por prescripción medica o se está automedicando?

Si

No

¿Cuál?

Factores desencadenantes:

Evolución:

Estado actual (Incluir datos de patrón de consumo, abstinencia):

2.- Antecedentes:

a) Heredofamiliares	Enfermedades crónico-degenerativas	Infecto-contagiosas	Alérgicas	Eventos traumáticos	Consumo de sustancias y/o con Problemas de Adicción.	Otras enfermedades mentales	Causas de defunción
i) Padres							
ii) Hermanos							
iii) Cónyuge							
iv) Hijos							
v) Colaterales							
vi) Convivientes.							

b) Personales no patológicos

a) Estrato socioeconómico

b) Habitación

c) Higiene

d) Alimentación

e) Inmunizaciones

c) Personales Patológicos

a) Fiebres eruptivas

b) Cuadros infecciosos y parasitarios

2 de 5

6) Vida conyugal o de pareja: Matrimonio, personalidad. del (la) cónyuge e hijos, armonía, divorcios	
7) Vida social: Intereses, recreativos, artísticos, deportivos, culturales y religiosos	
8) Instancias legales: Conflictos, antecedentes penales	
9) Si tiene familiares que consuman alcohol u otras drogas indique el parentesco, qué sustancias consumen y si ha tenido problemas	
10) En los últimos 12 meses, ¿en cuántas ocasiones estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol/drogas?	
11) Describa la condición en la que llegó y qué medidas se tomaron en el hospital	

3.- Interrogatorio por aparatos y sistemas:

(Cardiovascular, respiratorio, digestivo, endócrino, genitourinario, neurológico, piel y anexos, otros. Recabar información relacionada al uso de sustancias)

4.- Exploración física:

4.1.- Signos vitales:	Peso ideal: _____	Talla: _____
	Peso real: _____	T.A.: _____
	F.C.: _____	T°: _____ Pulso: _____

4.2.- Exploración físico neurológica

Cabeza y cuello:	
Tórax:	
Abdomen:	
Genitales:	
Columna vertebral:	
Extremidades, piel y faneras:	

Neurológica	a) Pares craneales	
	b) Sistema motor	
	c) Sensibilidad	
	d) Reflejos (OT)	
	e) Sistema vestibulo-cerebeloso (equilibrio)	
	f) Marcha	
	g) Dominancia cerebral	

5.- Exámenes de laboratorio, gabinete y otros previos y actuales.

Enumeración, fechas y resultados:

6.- Terapéutica previa empleada.

Resultados obtenidos en cada uno	a) Tratamientos físicos	
	b) Farmacológicos	
	c) Psicoterapéuticos	
	d) Alternativos	

7.- Examen Mental:

a) Inspección general. Apariencia, actitud, conciencia, conducta motora, forma de relación: Autismo	
b) Lenguaje y pensamiento: Fluidez, retardo, aceleración, articulación, coherencia, tonalidad. Congruencia, riqueza de asociaciones y abstracciones, fobias, obsesiones y delirios.	
c) Funciones intelectuales: orientación, atención, comprensión, concentración, memoria, análisis, síntesis, conación, volición, juicio, crítica.	
d) Afectividad: Indiferencia, tristeza, euforia, labilidad, ansiedad, aplanamiento, ambivalencia, disociación.	

e)Sensopercepción: Ilusiones, alucinaciones, alucinosis, despersonalización, macropsias, micropsias, extrañeza.	
f) Ideación: delirios, proyecto futuro, sueño, conciencia de enfermedad.	

Observaciones:

8.- Impresión Diagnóstica.			
Diagnóstico CIE-10:	Código	Diagnóstico	
Observaciones al Diagnóstico y/o problemas clínicos:			
Pronóstico:	a) Para la vida.		
	b) Para la función.		

9.- Tratamiento sugerido y justificación:							
Tratamiento Individual		Tratamiento Grupal		Tratamiento Familiar		Tratamiento Familiar Grupal	
Consejo Breve							
Justificación:							
Plan de manejo físico (Si se recetan medicamentos deberá señalar dosis, vía y periodicidad)							
Sugerencias en el plan de manejo psicológico							
Próxima cita:	Día	Hora	Servicio	Responsable			
Nombre del médico quien otorgó el servicio:							
Firma:				Hora:			