

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Historia Clínica N° _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre paciente _____
Tipo de identificación: RC _____ TI _____ CC _____ Otro _____ N° _____ Edad _____
Fecha de nacimiento _____ Escolaridad _____ Ocupación _____
Lugar de nacimiento _____ Nacionalidad _____
Religión _____ Dirección de Residencia _____ Barrio _____
Ciudad _____ Departamento _____ Fecha ingreso _____
Celular _____ Teléfono _____ E- mail _____
EPS _____ Cotizante _____ Beneficiario _____
Remitido por _____
Responsable _____ Parentesco _____ Celular _____ Ocupación: _____
Responsable _____ Parentesco _____ Celular _____ Ocupación: _____
Atendido por: _____ Tarjeta profesional N° _____

INFORMACIÓN MÉDICO-PSICOLÓGICA

Antecedentes personales

Patológicos: _____
Quirúrgicos: _____
Psicopatológicos: _____

Historia de trauma o abuso: _____

Estado del Sueño: _____

Consumo de sustancias psicoactivas: _____

Otros: _____

Antecedentes Familiares

Patológicos: _____

Quirúrgicos: _____

Psicopatológicos: _____

Traumáticos: _____

Consumo de sustancias psicoactivas: _____

Otros: _____

Embarazo: _____

Parto: _____

Desarrollo psicomotor (sentarse, caminar, hablar, control de esfínteres) _____

Descripción de la dinámica familiar: _____



322 8565 682



@mentementep



MentalMente



Mentalmente.gerencia@gmail.com

Motivo de consulta: _____

Historia del problema (duración, evolución, frecuencia): _____

Expectativas del paciente respecto a la terapia: _____

Examen Mental: _____

Evaluación psicológica (estado de ánimo, niveles de ansiedad y estrés, habilidades de afrontamiento, funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y social): _____

IDX O DX (DSM5-CIE 10): _____

Objetivos terapéuticos: _____

Plan Terapéutico: _____

Derivación Y/O Remisión: _____

Recomendaciones: _____



322 8565 682



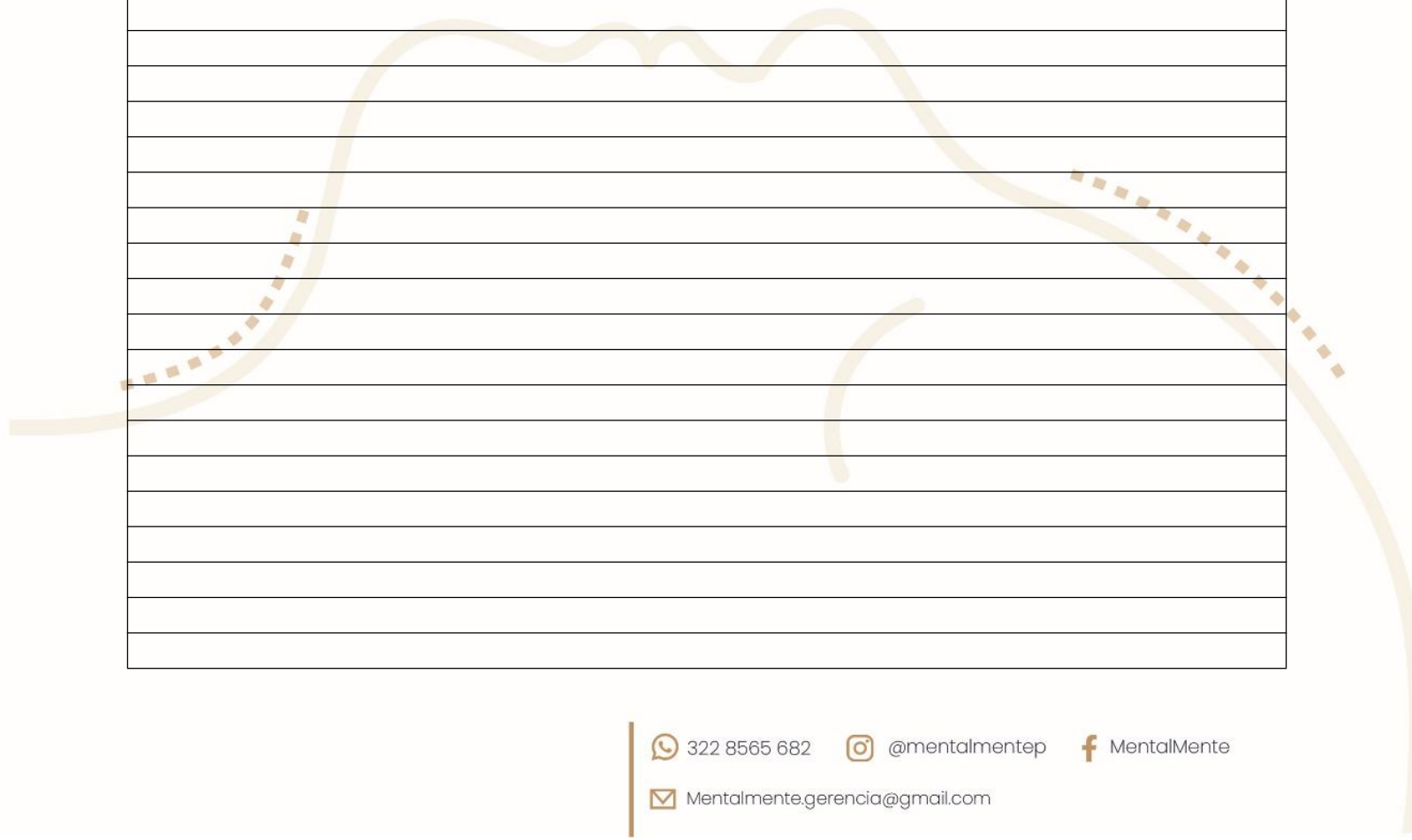
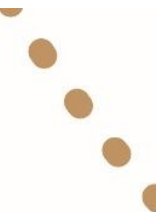
@mentementep



MentalMente



Mentalmente.gerencia@gmail.com



322 8565 682 @mentalmentep MentalMente

Mentalmente.gerencia@gmail.com