

## Información del paciente

Nombre y apellidos completos

Fecha de nacimiento

## Información médica

Diagnóstico (marque todos los que corresponden)

Ansiedad generalizada

Trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno de pánico

Depresión leve o moderada

Trastorno bipolar

Esquizofrenia

Depresión severa

TDAH / TDA

Otro

Por favor describa los síntomas del paciente, la frecuencia, severidad y condición actual:

Fecha del primer síntoma

Descripción

Fecha del último síntoma

Descripción

¿Está o estuvo el paciente tomando medicamentos para tratar esta condición?    SÍ    NO

Si responde "Sí", por favor indique el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de uso.

Desde

Hasta

¿Consulta el paciente a un médico/psiquiatra por esta condición?    SÍ    NO

Frecuencia

Si responde "Sí", por favor indique la frecuencia.

¿Ha recibido el paciente terapia o consejo psicológico para tratar esta condición?    SÍ    NO    Fecha última sesión

Si responde "Sí", por favor indique la frecuencia y la fecha de la última sesión.

### Información médica

¿Qué otros tratamientos ha recibido el paciente relacionados con esta condición? (marque todos los que corresponden)

Fecha

Visita(s) a la sala de emergencias

Fecha

Hospitalización

Fecha

Internación psiquiátrica

Fecha

Otro:

¿Ha tenido el paciente pensamientos suicidas o intentos de suicidio? ☐ SÍ ☐ NO

Si responde "Sí", por favor indique la fecha.

Fecha

¿Hay alguna información adicional relevante que no se haya mencionado anteriormente? ☐ SÍ ☐ NO

### Información del médico tratante

Nombre y Apellidos completos

Dirección

Teléfono

Fax

Correo Electrónico

Firma

Fecha