



HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD MENTAL

FECHA: 

DÍA	MES	AÑO	

CLUES:	NOMBRE UNIDAD:	CURP: NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO:	TIPO DE PERSONAL:	CÉDULA PROFESIONAL:	SERVICIO:
--------	----------------	--	-------------------	---------------------	-----------

<b>TIPO DE PERSONAL:</b> 1.PASANTE DE PSICOLOGÍA, 2.PSICÓLOGO, 3.PASANTE DE PSIQUIATRÍA, 4.PSIQUIATRA, 5.MÉDICO GENERAL HABILITADO PARA SALUD MENTAL, 88.OTROS	<b>3. DERECHOHABIENCIA:</b> 1.IMSS, 2.ISSSTE, 3.OTRA	<b>5. DERIVACIÓN PRECONSULTA:</b> 1.CONSULTA EXTERNA, 2.URGENCIAS, 3.DOMICILIO, 4.OTRA UNIDAD
<b>SERVICIO:</b> 1.PRECONSULTA, 2.PSICOLOGÍA, 3.PAIDOPSIQUIATRÍA, 4.PSIQUIATRÍA, 5.PSICOGERIATRÍA, 6.ATENCIÓN A LA VIOLENCIA, 7.ATENCIÓN A ADICCIONES, 88.OTROS	<b>4. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD)</b>	
<b>RT (RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO):</b> 1.PRIMERA VEZ, 2.SUBSECUENTE	<b>a:</b> 1.VER, 2.ESCUCHAR, 3.CAMINAR, 4.USAR BRAZOS/MANOS, 5.APRENDER/RECORDAR, 6.CUIDADO PERSONAL, 7.HABLAR/COMUNICARSE, 8.EMOCIONAL/MENTAL, 9.NINGUNA <b>b:</b> 1.POCA DIFICULTAD, 2.MUCHA DIFICULTAD, 3.NO PUEDE HACERLO, 9.SIN DIFICULTAD <b>c:</b> 1.ENFERMEDAD, 2.EDAD AVANZADA, 3.NACÍÓ ASÍ, 4.ACCIDENTE, 5.VIOLENCIA, 6.OTRA CAUSA, 9.SIN DIFICULTAD	
<b>1. CLAVE DE LA EDAD:</b> M.MESES, A.AÑOS <b>2. SEXO:</b> 1.HOMBRE, 2.MUJER		

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CLAVE DE LA EDAD	SEXO	INDÍGENA	SEGURO POPULAR	PROSPERA	DERECHOHABIENCIA	MEDICIONES PESO/TALLA	DIFICULTAD PARA (DISCAPACIDAD)	MIGRANTE	RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO	D I A G N Ó S T I C O	PRIMERA VEZ EN EL AÑO	DERIVACIÓN PRECONSULTA	ENTREVISTA	ESTUDIO PSICOMÉTRICO	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	ATENCIÓN POR ADICCIONES				PROMOCIÓN DE LA SALUD		REFERIDO	CONTRAREFERIDO	UNIDAD CONSULTANTE TM
																				ALCOHOL	TABACO	CANNABIS	OTRAS SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSULTA INTEGRADA LÍNEA DE VIDA	PRESENTA CARTILLA			
	CURP / Entidad de nacimiento			1	2				3	Peso	a		RT			5												
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)									Talla	b																	
	No. de Afiliación										c																	
	CURP / Entidad de nacimiento									Peso	a																	
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)									Talla	b																	
	No. de Afiliación										c																	
	CURP / Entidad de nacimiento									Peso	a																	
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)									Talla	b																	
	No. de Afiliación										c																	
	CURP / Entidad de nacimiento									Peso	a																	
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)									Talla	b																	
	No. de Afiliación										c																	
	CURP / Entidad de nacimiento									Peso	a																	
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)									Talla	b																	
	No. de Afiliación										c																	