

		HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD MENTAL										FECHA: <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>						DÍA	MES	AÑO								
DÍA	MES	AÑO																										
CLUES:		NOMBRE UNIDAD: "E.S.P. PILAR SANCHEZ VILLAVICENCIO"			CURP: NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO:						TIPO DE PERSONAL:		CÉDULA PROFESIONAL:		SERVICIO:													
<div><div>TIPO DE PERSONAL: 1.PASANTE DE PSICOLOGÍA, 2.PSICÓLOGO, 3.PASANTE DE PSIQUIATRÍA, 4.PSIQUIATRA, 5.MÉDICO GENERAL HABILITADO PARA SALUD MENTAL, 88.OTROS</div><div>SERVICIO: 1.PRECONSULTA, 2.PSICOLOGÍA, 3.PAIDOPSIQUIATRÍA, 4.PSIQUIATRÍA, 5.PSICOGERIATRÍA, 6.ATENCIÓN A LA VIOLENCIA, 7.ATENCIÓN A ADICCIONES, 88.OTROS</div><div>RT (RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO): 1.PRIMERA VEZ, 2.SUBSECUENTE</div><div>1. CLAVE DE LA EDAD: M.MESES, A.AÑOS</div><div>2. SEXO: 1.HOMBRE, 2.MUJER</div></div> <div><div>3. DERECHOHABIENCIA: 1.IMSS, 2.ISSSTE, 3.OTRA</div><div>4. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD) a: 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: 1.POCA DIFICULTAD, 2.MUCHA DIFICULTAD, 3.NO PUEDE HACERLO, 9.SIN DIFICULTAD c: 1.ENFERMEDAD, 2.EDAD AVANZADA, 3.NACÍÓ ASÍ, 4.ACCIDENTE, 5.VIOLENCIA, 6.OTRA CAUSA, 9.SIN DIFICULTAD</div></div> <div>5. DERIVACIÓN PRECONSULTA: 1.CONSULTA EXTERNA, 2.URGENCIAS, 3.DOMICILIO, 4.OTRA UNIDAD</div>																												
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
				1	2					3		4			RT		5					ALCOHOL	TABACO	CANNABIS	OTRAS SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS			
	CURP / Entidad de nacimiento									Peso	a				1ª vez													
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)									Talla	b				1ª vez													
	No. de Afiliación										c				1ª vez													
	CURP / Entidad de nacimiento									Peso	a				1ª vez													
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)									Talla	b				1ª vez													
	No. de Afiliación										c				1ª vez													
	CURP / Entidad de nacimiento									Peso	a				1ª vez													
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)									Talla	b				1ª vez													
	No. de Afiliación										c				1ª vez													
	CURP / Entidad de nacimiento									Peso	a				1ª vez													
	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)									Talla	b				1ª vez													
	No. de Afiliación										c				1ª vez													