

<div><div></div><div><div>SALUD</div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div></div>		HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD MENTAL										FECHA: <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div>DÍA</div><div>MES</div><div>AÑO</div></div>																	
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	DIAGNÓSTICO	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	CONSULTA INTEGRADA LÍNEA DE VIDA	PRESENTA CARTILLA			
	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														
	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														