|  |  |
| --- | --- |
|  | **Vive** |
| **Artillero Mier 905 Cd. Satélite Morelos, AGUASCALIENTES, AGS** |
|  |
| **REFERENCIA ENVIADA** |
|  |

Principio del formulario

|  |
| --- |
| **FOLIO: Vive//21** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Unidad** | Vive |
| **Nivel de Atención al que se Envía** | Primer Nivel |
| **Unidad de Atención al que se Envía** | Salud Mental Agua Clara   PSICOLOGIA |
| **Servicio al que se Envía** | PSICOLOGIA |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de envío:**27-Abril-2021                                                                            **Hora:**16:12 | |
| **Nombre del Responsable que envía al Paciente** | PSIC. ARLENE CECILIA DELGADO ZAPATA |
| **Nombre del Usuario:** | JOSÉ ÁNGEL YAÑEZ PADILLA |
| **Número de Expediente:**  12-21-00969                                 **Edad:**26 Años                                                                 **Sexo:**Hombre | |
| **Domicilio:** | La Perla 107 Letra: Barrio de la Purísima AGUASCALIENTES Aguascalientes |

|  |
| --- |
| **Motivo de Traslado:** |
| INICIAR SU PROCESI PSICOLOGICO. TRABAJAR CREENCIAC E INTROYECTOS. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnóstico de Traslado:** |  |

|  |
| --- |
| **Resumen Clínico:** |
| “SALUD MENTAL COMUNITARIA”  “PROGRAMA VIVE”   NOMBRE DEL USUARIO JAVIER ALEJANDRO ROCHA PÉREZ, masculino, 26 años, secundaria, casado.   EXAMEN MENTAL: NORMAL EN LAS TRES ESFERAS (TIEMPO, LUGAR Y ESPACIO)   ACOMPAÑAMIENTO / SIGNOS Y SÍNTOMAS / ESTADO FÍSICO ACTUAL: Baja autoestima, tristeza, pensamientos de ideación suicida constante debido a creencias muy arraigadas de no servir para nada, que no vale para nada, que no sirve para nada, etc.   MOTIVO DE CONSULTA / SINTOMATOLOGÍA QUE PRESENTA EL DÍA DE HOY (INTOXICACIÓN, DELIRIOS, IDEACIÓN SUICIDA, ESTADO DE ÁNIMO: Se comunica porque estando en su trabajo se encontraba muy estresado y refiere que que se equivoco en unas cosas que estaba registrando y le llegaron a la cabeza ideas de como se puede equivocar en algo tan sencillo, y llegaron pensamientos de DEJAR DE EXIXTIR.   ACCIONES QUE SE REALIZARON EN LA VALORACIÓN E INTERVENCIÓN / RESULTADOS DE LA VALORACIÓN: El usuario refiere que la ideación e intento ha sido frecuente de suicidio, siendo la ultima vez hace unos días. Piensa que no sirve para nada y que es una molestia para todos.   DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE 10:  DEPRESIÓN F32.9   PROGRAMA PROPUESTO, ACCIONES A REALIZAR (EN CITAS POSTERIORES A PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, TRABAJO SOCIAL, MÉDICO, ETC.  Se le brinda acompañamiento, validación de sus pensamientos y sentimientos, refiere que en su familia si le han hecho sentir que no vale que no le dan importancia a lo que siente y dice y me comparte algunos ejemplos, le comento que este tipo de creencias no son de ahora y que es importante que inicie un proceso psicologico para que pueda trabajar este tipo de CREENCIAS NEGATIVAS y que le han estado afectando en su vida personal y emocional.   Se canaliza a Agua Clara   CIERRE: Agradecido.   PRONÓSTICO: “COMPROMETIDO DE ACUERDO A LA PROBLEMÁTICA QUE REFIRIÓ”, “FAVORABLE”, “CON RESERVAS”.   RIESGO SUICIDA: ALTO |
| **Tratamiento Empleado:** |
| ORIENTACION PSICOLOGICA VIA WHATSHAPP |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **T.A.**   1   /  1  mm/Hg | **F.C.**  1   x' | **F.R:**  1   x' | |
| **Temperatura:**   1   oC | **Peso Actual:**  1   Kg. | **Talla:**  1   m. | **Índice de Masa Corporal**  1.00 |

|  |
| --- |
| **Condiciones del Traslado:** |
| SE CANALIZA PARA SU CITA |

|  |
| --- |
| **Nombre del Acompañante del Usuario:** |
| **Domicilio:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Nombre de Quien Recibe al Paciente:** |
| **Fecha y Hora de Recepción del Paciente:** |
|  |

 

|  |
| --- |
| PSIC. ARLENE CECILIA DELGADO ZAPATA  **Cedula Profesional:**10872903 |
| **Sello y Firma del Responsable que envia** |

Final del formulario