**FECHA: HISTORIA No.**

1. **DATOS PERSONALES**

NOMBRE:

EDAD:

IDENTIFICACIÓN: T.I. ( ); C.C. ( ); Otro ( ) No

ESTADO CIVIL: Soltero: \_ Casado: \_\_ Separado: \_\_ Viudo: \_\_ U.L: \_\_\_

DIRECCIÓN: TEL:

FACULTAD/DEPENDENCIA:

EPS:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

RELIGION:

INFORMANTE:

1. **MOTIVO DE CONSULTA**
2. **ENFERMEDAD ACTUAL**
3. **ANTECEDENTES**
4. **COMPOSICIÓN FAMILIAR**

1. **EXAMEN MENTAL**
2. **IMPRESIÓN DIAGNOSTICOA / PLAN DE MANEJO**

Diligenciado por: