

## PRECONSULTA

FECHA: \_\_\_\_\_

FOLIO DE PRECONSULTA: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Número Colonia

Municipio C.P. Teléfono(s)

Sexo: (Hombre) (Intersexual) (Mujer) Genero: (Masculino) (Femenino) (No binario) Otro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Familiar responsable: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

### CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

SUSTANCIAS DE CONSUMO	Forma de Consumo 1. Oral 2. Inyectada 3. Fumada 4. Inhalada 5. Otras	Frecuencia y Cantidad de consumo (durante los últimos 90 días)

### SALUD MENTAL

Indique si ha presentado alguno de los siguientes síntomas durante el último mes:				
	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Miedo a que pase lo peor				
Opresión en el pecho o latidos acelerados				
Tristeza persistente o estado de ánimo deprimido, ansiedad				
Pérdida de interés o placer en actividades que son normalmente placenteras				
Poca energía, fatiga, problemas de sueño				
Pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio, actuales o pasados				

Pre Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

[DATOS DE LA UNIDAD]

**Tipo de atención:**

**ATENCIÓN INTERNA** ( ) Fecha de 1ª cita: \_\_\_\_\_

Tratamiento sugerido: \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN EXTERNA** ( ) Unidad a la que se refiere: \_\_\_\_\_

**SE OTORGÓ CONSEJO BREVE:**    **SI** ( )    **NO** ( )

**OBSERVACIONES**

---

---

---

---

Nombre del Entrevistador: \_\_\_\_\_ Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

[DATOS DE LA UNIDAD]