 **HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. I. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIONES

El paciente manifiesta haber leído y comprendido en su totalidad el consentimiento informado para la prestación de servicios de psicología en modalidad de videoconsulta, aceptando y firmando el mismo de conformidad con la normatividad vigente.

El paciente expresa de manera libre y voluntaria su decisión de: <<GRABACION\_SI>> Autorizar / <<GRABACION\_NO>> No autorizar la grabación de la videoconsulta, reconociendo que dicha grabación se regirá por las políticas de tratamiento de datos personales, privacidad y la normatividad vigente.

El paciente expresa de manera libre y voluntaria su decisión de: <<TRANSCRIPCION\_SI>> Autorizar / <<TRANSCRIPCION\_NO>> No autorizar la transcripción de la videoconsulta, reconociendo que dicha transcripción se regirá por las políticas de tratamiento de datos personales, privacidad y la normatividad vigente.

El paciente autoriza el tratamiento de sus datos personales conforme a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, con fines asistenciales y de custodia clínica.

La historia clínica se regirá por lo establecido en la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 839 de 2017, garantizando la confidencialidad, seguridad y acceso restringido de la información. El paciente podrá revocar en cualquier momento las autorizaciones otorgadas en el presente documento, en los términos de la Ley 1581 de 2012.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. II. DATOS DE LA CONSULTA

Videoconsulta del <<FECHA\_CONS>> a las <<HORA\_CONS>> a través de Google Meet (plataforma segura en línea).

Nombre del profesional: Kevin Joel Criado Pérez – Psicólogo (Tarjeta Profesional: 255542) – C.C 1065652551

Tel: 3195928589 – Correo: [kevincriadop@gmail.com](mailto:kevincriadop@gmail.com) – Rethus: Resolución No. 20-002648, 01 marzo de 2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. III. DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: <<NOMBRE\_COMPLETO>>

Documento de identidad: <<TIPO\_ DTO>> <<DOCUMENTO>>

Fecha de nacimiento: <<F\_NACIMIENTO>>

Edad: <<EDAD>>

Sexo: <<SEXO>>

Estado civil: <<ESTADO\_CIVIL>>

EPS/Asegurador: <<EPS>>

Régimen: <<REGIMEN>>

Orientación sexual: <<ORIENTACION\_SEX>>

Dirección: <<DIRECCION>>

Ubicación durante la consulta: <<UBICACION>>

Nivel educativo: <<EDUCACION>>

Ocupación: <<OCUPACION>>

Teléfono / Celular: <<TELEFONO>>

Correo electrónico: <<CORREO>>

Contacto de emergencia: <<CONTACTO\_E>>

Teléfono contacto de emergencia: <<TEL\_EMERGENCIA>>

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. IV. ANAMNESIS

Motivo de consulta: <<MOTIVO>>

Descripción de consulta: <<DESCRIPCION>>

Psicosociales: <<PSICOSOCIAL>>

Hábitos de sueño: <<SUEÑO>>

Hábitos de alimentación: <<ALIMENTACION>>

Factores de riesgo:

Sexualmente activo: <<SEX\_ACTIVO>>

Edad de inicio: <<EDAD\_SEX>>

No. de parejas sexuales: <<N\_PAREJAS>>

Percepción de imagen corporal: <<IMG\_CORPORAL>>

Riesgos clínicos:

Tabaquismo: <<TABACO>>

Consumo de alcohol: <<ALCOHOL>>

Consumo sustancias psicoactivas: <<PSICOACTIVA>>

Ideas suicidas: <<SUICIDIO>>

Riesgos sociales (abandono, negligencia, violencia, etc): <<RIESGOS\_SOCIALES>>

Plan de seguridad / acciones realizadas: <<PLAN\_SEGURIDAD>>

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. V. ANTECEDENTES

Personales: <<ANT\_PERSONALES>>

Familiares: <<ANT\_FAMILIARES>>

Médicos relevantes:

Patológicos: <<PATOLOGICOS>>

Hospitalarios: <<HOSPITALARIOS>>

Farmacológicos: <<FARMACOLOGICOS>>

Quirúrgicos: <<QUIRURGICOS>>

Traumáticos: <<TRAUMATICOS>>

Alérgicos: <<ALERGICOS>>

Venéreos (ETS, ITS): <<VENEREOS>>

Psicológicos: <<ANT\_PSICOLOGICOS>>

Psiquiátricos: <<ANT\_PSIQUIATRICOS>>

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. VALORACIÓN PSICOLÓGICA**

* 1. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

<<HISTORIA\_PROBLEMA>>

* 1. ESTADO MENTAL

<<ESTADO\_MENTAL>>

* 1. ESTADO EMOCIONAL

<<ESTADO\_EMOCIONAL>>

* 1. ESTADO COGNITIVO

<<ESTADO\_COGNITIVO>>

* 1. APARIENCIA, LENGUAJE Y PERCEPCIÓN

Apariencia: <<APARIENCIA>>

Lenguaje: <<LENGUAJE>>

Percepción: <<PERCEPCION>>

* 1. INTERACCIÓN SOCIAL, LABORAL, FAMILIAR Y SENTIMENTAL

Interacción social: <<INT\_SOCIAL>>

Interacción laboral: <<INT\_LABORAL>>

Interacción familiar: <<INT\_FAMILIAR>>

Interacción sentimental: <<INT\_SENTIMENTAL>>

* 1. OTROS ASPECTOS

Actividades cotidianas: <<ACT\_COTIDIANAS>>

Autocuidado: <<AUTOCUIDADO>>

Proyecto de vida: <<PROYECTO\_VIDA>>

Redes de apoyo: <<REDES\_APOYO>>

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VII. ANÁLISIS E INTERVENCIÓN**

* 1. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
  2. Análisis del caso:

<<ANALISIS\_CASO>>



Diagnóstico principal (CIE-10): <<DIAGNOSTICO\_PRINC>>

Diagnósticos secundarios (CIE-10): <<DIAGNOSTICO\_SEC>>

PLAN DE TRATAMIENTO

* 1. Objetivo del tratamiento:

<<OBJETIVO\_TRATAMIENTO>>

Enfoque y estrategias:

<<ENFOQUE\_ESTRATEGIAS>>

* 1. Frecuencia y duración estimada:

<<FRECUENCIA\_DURACION>>

* 1. PLAN DE SEGUIMIENTO

<<PLAN\_SEGUIMIENTO>>

* 1. COMPROMISOS TERAPÉUTICOS

<<COMPROMISOS>>

* 1. EVOLUCIÓN / NOTAS DE SESIÓN

Fecha: <<FECHA\_SESION>>

Número de sesión: <<NUM\_SESION>>

Nota: <<NOTA\_EVOLUCION>>

Profesional: <<PROFESIONAL\_SESION>>

REFERENCIAS Y DERIVACIONES

<<REFERENCIAS>>

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Custodia y cierre:** La presente historia clínica será custodiada de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, con un tiempo mínimo de conservación de 15 años a partir de la última atención, garantizando confidencialidad, seguridad y acceso restringido únicamente al paciente y al equipo de salud autorizado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. VIII. FIRMAS
  2. *Firmas digitales válidas conforme a la Ley 527 de 1999 y Ley 2213 de 2022.*

Firma del paciente / Representante Legal:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Profesional:

* 1. 

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CC 1065652551 – Tarjeta Profesional: 255542 - 3195928589