

## NOTA CLÍNICA

Nombre de la Unidad: \_\_\_\_\_ Jurisdicción: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora de Atención: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**SOAP** es un acrónimo usado para describir lo subjetivo, objetivo, análisis y plan de un tratamiento. Una nota SOAP médica es un metodo grafico de información, citas y progreso del paciente, estas notas también son usadas en la rama de la psicología.

Las notas se mantienen en el expediente del usuario para futuras referencias y tener de manera global el progreso del mismo. La nota **SOAP** incluye lo **S**ubjetivo (lo que el usuario reporta). **O**bjetivo (lo que el profesional observa). **A**nálisis (diagnóstico de los hechos presentados) y el **P**lan (plan de tratamiento para el problema que se presenta).

Para escribir correctamente una nota **SOAP**, debes aprender las partes de la nota y cómo usarlas para representar el progreso del usuario. A continuación se describe cada una de las partes de la nota que debes considerar:

<b>S</b>	<b>Subjetiva</b> (lo que el sujeto reporta). Incluye la <u>razón de la visita del usuario</u> , esta sección debe contener todos los síntomas y observaciones del usuario. Cualquier cosa que el usuario te informe deberá de ser incluida en esta sección.
<b>O</b>	<b>Objetiva</b> (lo que tú observas) Contiene <u>tus propias observaciones</u> de cómo estaba el usuario en ese día (examen mental el cual se realiza con la observación) como síntomas visibles, actitud, motivación, lenguaje, discurso, orientación en espacio, atención, concentración, memoria, pensamiento, sensopercepción, afecto, juicio e introspección. Este será de forma general, solo si se sospecha de daño en algún área, se hace la anotación indicada y se aplica prueba psicométrica, con la finalidad de corroborar diagnóstico. Clinimetría (escalas de detección). Psicometría: Según la prueba que se requiera.
<b>A</b>	<b>Análisis</b> (qué se vio en la sesión) en este apartado se reporta <u>toda maniobra terapeutica o diagnostica</u> que hayas realizado en la sesión, por ejemplo: a) los resultados de pruebas aplicadas, b) <u>el diagnostico</u> de cualquier enfermedad o condición (la apreciación diagnóstica estará fundamentada con los elementos de la CIE 10 estudiados con los aspectos subjetivos y objetivos), c) cualquier dato que explique los problemas que presenta el usuario; d) <u>el desarrollo de la sesión</u> mencionando el objetivo de la misma y las herramientas terapéuticas utilizadas para cumplirlo: descripción del abordaje terapéutico, estrategia o técnicas utilizadas, efectos y resultados.
<b>P</b>	<b>Plan</b> (qué sigue). Se describe <u>plan de acción a seguir</u> por el usuario y puntos a trabajar en la siguiente sesión. Plan de Seguimiento: propuesta psicoterapéutica para la siguiente sesión, <u>fecha de la siguiente cita</u> o razones por las cuales no es posible agendar. Plan Terapéutico: técnica psicoterapéutica a utilizar en la siguiente sesión. Plan Psicoeducativo: información o acciones indicadas al paciente y/o al familiar en relación al apego al tratamiento. Plan Diagnóstico: sólo si se modifica, esto dependerá de la respuesta del paciente al tratamiento.

IDX: \_\_\_\_\_ PX: \_\_\_\_\_

PRÓXIMA CITA: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma: \_\_\_\_\_ Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

## NOTA CLÍNICA

Nombre de la Unidad: \_\_\_\_\_ Jurisdicción: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora de Atención: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

S	
O	
A	
P	

IDX: \_\_\_\_\_ PX: \_\_\_\_\_  
PRÓXIMA CITA: \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma: \_\_\_\_\_ Cédula Profesional: \_\_\_\_\_