

CUESTIONARIO DE DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA		

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Diagnóstico (marque todos los que corresponden)

<input type="checkbox"/> Ansiedad generalizada	<input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo	<input type="checkbox"/> Trastorno de pánico
<input type="checkbox"/> Depresión leve o moderada	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Depresión severa	<input type="checkbox"/> TDAH / TDA	<input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>

Por favor describa los síntomas del paciente, la frecuencia, severidad y condición actual:

Fecha del primer síntoma	
DD / MM / AA	
Fecha del último síntoma	
DD / MM / AA	

¿Está o estuvo el paciente tomando medicamentos para tratar esta condición? ☐ Sí ☐ No
Si responde "Sí", por favor indique el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de uso.

Desde	
DD / MM / AA	
Hasta	
DD / MM / AA	

¿Consulta el paciente a un médico/psiquiatra por esta condición? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", por favor indique la frecuencia.

--

¿Ha recibido el paciente terapia o consejo psicológico para tratar esta condición? ☐ Sí ☐ No
Si responde "Sí", por favor indique la frecuencia y la fecha de la última sesión.

	Fecha	DD / MM / AA
--	-------	--------------

¿Qué otros tratamientos ha recibido el paciente relacionados con esta condición? (marque todos los que corresponden)

Fecha	Tratamiento
DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> Visita(s) a la sala de emergencias
DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> Hospitalización
DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> Internación psiquiátrica
DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>

¿Ha tenido el paciente pensamientos suicidas o intentos de suicidio? ☐ Sí ☐ No
Si responde "Sí", por favor indique la fecha.

Fecha	DD / MM / AA	
-------	--------------	--

¿Haya alguna información adicional relevante que no se haya mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No
Si responde "Sí", por explique.

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Firma		Fecha	DD / MM / AAAA

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 • Quito - Ecuador
Tel : (593-2)3965600 • Fax: (593-2)3965650 • www.bupasalud.com • SACecuador@bupalatinamerica.com

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO