

HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ADULTOS



UNIDAD: _____ CLUES: _____
DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. CURP		2. NÚMERO DE EXPEDIENTE		3. FECHA DE ELABORACIÓN	
4. NOMBRE				5. SEXO	
Nombre(s)		Primer apellido		Segundo apellido	
6. FECHA DE NACIMIENTO		7. EDAD		8. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Años		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
9. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vive el/la paciente					
9.1 Tipo de vialidad		9.2 Nombre de la vialidad		9.3 Núm. Exterior 9.4 Núm. Interior 9.5 Código postal	
9.6 Tipo de asentamiento humano		9.7 Nombre del asentamiento humano		9.8 Municipio o delegación 9.9 Entidad Federativa	
10. ESCOLARIDAD Ninguna 0 Primaria 2 Bachillerato 6 Posgrado 10 Preescolar 1 Secundaria 4 Profesional 8 Se ignora 98				11. ESTADO CIVIL Vive con la pareja 12. RELIGION	
13. SE CONSIDERA INDÍGENA Sí 1 No 2		14. OCUPACIÓN HABITUAL Empleado 1 Desempleado 2 Sub empleado 3			
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD NINGUNA 0 IMSS 1 ISSSTE 2 SEDENA 3 SEMAR 4 IMSS-PROSPERA 6 PEMEX 7 SEGURO POPULAR 11 OTRA 12 SE IGNORA 98 NO ESPECIFICADO 99				15.1 Número de seguridad social o afiliación	
16. REFERIDO Sí 1 No 2		17. INSTITUCIÓN QUE REFIERE			
18. NOMBRE RESPONSABLE		19. TELÉFONO		20. PARENTESCO	

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. PADECIMIENTO ACTUAL

(Inicio, curso, tendencia, desencadenantes, agravantes, síntomas clave, síntomas actuales)

4. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	
5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	
6. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	
7. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS	
8. CONSUMO DE SUSTANCIAS	
9. RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	

10. EXPLORACIÓN FÍSICA

Habitus: Estado General: psicomotricidad, actitud y apariencia.

Somatometría: Peso _____ Talla _____ Índice de Masa Corporal _____ Perímetro Abdominal _____

10.1 Cabeza	<input type="radio"/>	Sin alteración	<input type="radio"/>	Con alteración: _____
10.1 Cuello	<input type="radio"/>	Sin alteración	<input type="radio"/>	Con alteración: _____
10.2 Cardiopulmonar	<input type="radio"/>	Sin alteración	<input type="radio"/>	Con alteración: _____
10.3 Abdomen	<input type="radio"/>	Sin alteración	<input type="radio"/>	Con alteración: _____
10.4 Extremidades Superiores	<input type="radio"/>	Sin alteración	<input type="radio"/>	Con alteración: _____
10.5 Extremidades Inferiores	<input type="radio"/>	Sin alteración	<input type="radio"/>	Con alteración: _____
10.6 Exploración genital	<input type="radio"/>	Diferida	<input type="radio"/>	Realizada: _____

Signos vitales: Tensión arterial _____ Frecuencia cardiaca _____ Frecuencia respiratoria _____ Temperatura _____

11. EXAMEN MENTAL

12. DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS

Físicos, psiquiátricos, personalidad, psicosocial.

13. TRATAMIENTO INDICADO

Acorde a las Guías de Práctica Clínica: _____

14. PRONÓSTICO

(Para la vida, para la función).

15. CLINIMETRÍA

16. OBSERVACIONES

17. RESPONSABLES

ELABORACIÓN

SUPERVISIÓN

Nombre completo: _____

Cédula: _____

Nombre completo: _____

Cédula: _____