

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: _____

Nombre:

Expediente:

Fecha:

Nota de ingreso de psiquiatria

MOTIVO DE CONSULTA

PADECIMIENTO ACTUAL

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CONSUMO DE SUSTANCIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA

EXAMEN MENTAL

ANÁLISIS

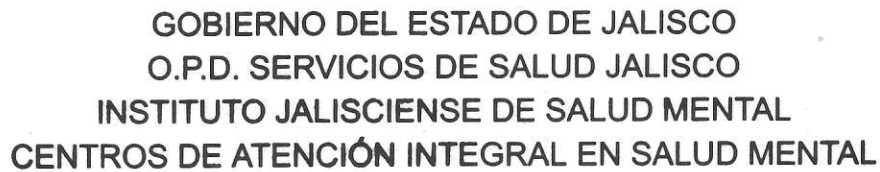
LABORATORIALES

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS

CLINIMETRÍA

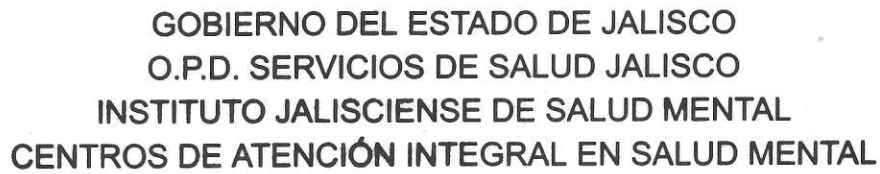
PRONÓSTICO

PLAN



Nombre del usuario: _____ No. De exp. _____

135.002.0082.0



Nombre del usuario: _____ No. De exp. _____

135.002.0082.0



Consentimiento Bajo Información para Tratamiento Hospitalario Psiquiátrico

Lugar: Guadalajara, Jalisco Fecha: _____
Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ años
Fecha de Nacimiento: _____ Registro Hospitalario: _____

INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un médico psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determinó la necesidad de tratamiento bajo régimen de hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales que incluyen la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico** y la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1993, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica**. Los profesionales que lo atiendan le informarán oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como de los tratamientos que se llevan a cabo dentro de esta unidad hospitalaria.

BENEFICIOS Y RIESGOS: Se le administrarán medicamentos que de acuerdo a la naturaleza de su enfermedad, están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo todos los fármacos administrados por cualquier vía pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, éstos van desde los más leves, como ligera inquietud o somnolencia, desación, insomnio, temblor, rigidez muscular, mareo, cefalea, constipación, etcétera, mismos que serán debidamente atendidos para su solución. Durante su hospitalización recibirá atención por un equipo de profesionales en psiquiatría, psicología, trabajo social, médico general, personal de enfermería, nutriólogo u otros, cada uno intervendrá de acuerdo a las necesidades particulares de su enfermedad o trastorno, los procedimientos específicos que usted necesite, le serán previamente informados para su realización. En el eventual caso de que los profesionales de salud detecten alguna enfermedad médica no psiquiátrica que requiera intervención quirúrgica, que derivado del embarazo presente alguna complicación o riesgo, que presente la necesidad de realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar (éstas inicialmente en nuestra institución por personal calificado) independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otro hospital para resolver dicho problema. Si se llegara a presentar un episodio de agitación aguda o agresividad derivadas de su enfermedad o trastorno, un equipo de enfermeros capacitados para tales eventos procederá bajo indicaciones médicas a salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de contención mecánica (sujeción temporal) por un lapso que no exceda los 20 minutos, tiempo en el cual el médico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

LINEAMIENTOS PARA LA APLICACIÓN DE LA SUJECCIÓN TEMPORAL EN UNIDADES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO PSIQUIÁTRICA: La Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, El instituto Jalisciense de Salud Mental y el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve están sujetos a cumplir con carácter de obligatorio los lineamientos para la aplicación de la sujeción temporal en Unidad de Atención Hospitalaria Médico Psiquiátrica.

DERECHOS DEL PACIENTE: La Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, el Instituto Jalisciense de Salud Mental y el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve están sujetos a cumplir con carácter de obligatorio los Derechos Humanos de los pacientes. Además del cumplimiento de las leyes sanitarias y reglamentos civiles, penales y administrativos vigentes que tratan sobre la materia.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que usted proporcione sobre su persona o terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizarán todos los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquellos casos en los que previamente y por escrito autoridades superiores, sanitarias, civiles o judiciales, lo soliciten a la Dirección de éste hospital.

CONSENTIMIENTO: Manifiesto que he recibido la información completa, clara y suficiente, han sido aclaradas todas mis dudas respecto a los procedimientos a realizar durante el internamiento. También he sido informado de que, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-194, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, existen tres modalidades de internamiento:

VOLUNTARIA () INVOLUNTARIA () OBLIGATORIA (), ésta última en caso de que una autoridad judicial así lo determine. Cuento con absoluta libertad para revocar éste consentimiento en el momento en el que lo considere pertinente, siempre y cuando no esté sujeto a tratamiento obligatorio. En caso de que el usuario no se encuentre en condiciones para decidir por sí mismo, dicho consentimiento podrá ser otorgado por un familiar o representante legal. Esta Intitución reitera así su absoluto respeto a la libre toma de decisiones.

SI OTORGO EL CONSENTIMIENTO ()

NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO ()

En caso de no otorgar el consentimiento por motivos personales se procede al llenado del formato de negativa para manejo hospitalario para exponer sus motivos, comprometiéndose con la seguridad del paciente y deslindando de responsabilidad a personal médicos y al hospital, teniendo derecho a recibir atención ambulatoria si así lo desea.

Nombre y firma del paciente o
representante legal

Nombre y firma del médico que autoriza

Domicilio _____

Testigo

Testigo

C.c.p. Usuario/ Familiar Responsable

**FORMATO DE CONCILIACION DE MEDICAMENTOS Y EVALUACION DE LA IDONEIDAD
DEBERA REALIZARSE EN CADA TRANSICION ASISTENCIAL**

LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA.

I. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS.

MEDICO TRATANTE

FECHA: _____ Hora: _____

1. INFORMACION DEL PACIENTE.

Nombre del paciente.		Fecha de nacimiento.		No. Expediente.		Fecha Ingreso.		Fecha alta.		Diagnóstico.	
Edad:		Sexo:	Hombre Mujer	Estatura:		Peso:					

Antecedentes patológicos de interés.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS.

Momento de la conciliación.

<input type="checkbox"/> Ingreso.	<input type="checkbox"/> Cambio de área hospitalaria.	De: _____ a _____
<input type="checkbox"/> Cambio de médico tratante.	Médico anterior: _____	
	Médico actual: _____	
<input type="checkbox"/> Alta del paciente.	<input type="checkbox"/> Consulta externa.	Consultorio No. _____ <input type="checkbox"/> Modificación de tratamiento.

Medicación anterior.

Medicamento.	Dosis/frecuencia.	Vía de administración.	Indicación.	Continuar (Sí / No).

Comentarios o recomendaciones del médico tratante.

--	--	--	--	--

Medicación actual.

Medicamento.	Dosis/frecuencia.	Vía de administración.	Indicación.

Comentarios o recomendaciones del médico tratante.

--	--	--	--

Nombre, firma y cédula del médico tratante.



NO ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO

C. Director del Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve

Presente:

No. Expediente. _____

Yo _____

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Con mi carácter de: () Usuario () Familiar () Tutor () Representante legal de:

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Con domicilio en:

Calle _____ Número _____ Colonia _____

C.P. _____ Municipio _____ Teléfono _____

Con diagnóstico de: _____

Comunico mi negativa al tratamiento hospitalario en este CAISAME de Estancia Breve, a pesar de la indicación del médico:

Dr (a). _____

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD que el médico tratante me ha dado a conocer los riesgos (suicidio, homicidio, autoagresión, heteroagresión, fuga, agravamiento del estado de salud, etc.) consecuentes de la negativa a tratamiento hospitalario que por la situación clínica que prevalece resulta indispensable; en tal virtud relevo de toda responsabilidad médica o legal en relación a complicaciones y consecuencias resultantes por mi negativa a Servicios de Salud Jalisco, a éste instituto, al médico tratante, así como a cualquier otra persona de dicho organismo.

Expreso como razones que motivan mi negativa al tratamiento hospitalario, las siguientes:

En _____, Guadalajara _____, Jalisco, a

ATENTAMENTE

Con domicilio en: _____

Identificación: _____

NOMBRE Y FIRMA

TESTIGOS

POR EL CAISAME E.B.

POR EL USUARIO

NOMBRE Y FIRMA _____ NOMBRE Y FIRMA _____

DOMICILIO _____ DOMICILIO _____

IDENTIFICACIÓN _____ IDENTIFICACIÓN _____



SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENTE DE SALUD MENTAL



SALME
Instituto Jalisciense
de Salud Mental

SOLICITUD DE SERVICIO

FECHA: _____

PACIENTE: _____ REGISTRO: _____

SOLICITANTE: _____ AL SERVICIO: _____

MOTIVO: _____

FIRMA



SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENTE DE SALUD MENTAL



SALME
Instituto Jalisciense
de Salud Mental

SOLICITUD DE SERVICIO

FECHA: _____

PACIENTE: _____ REGISTRO: _____

SOLICITANTE: _____ AL SERVICIO: _____

MOTIVO: _____

FIRMA



CLUES: JCSSA007042

FOLIO:

PACIENTE	NOMBRE: _____ <small>Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		
	C.U.R.P. _____	FECHA DE NACIMIENTO _____ <small>Día Mes Año</small>	ENTIDAD DE NACIMIENTO _____
	EDAD CUMPLIDA _____ AÑOS	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
	AFILIACION A LOS SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/> IMMS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> GUB. ECTATAI <input type="checkbox"/> SEGURO DONADO <input type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> INSABI		
	NÚMERO DE AFILIACION: _____	GRATUIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IMSS Bienestar <input type="checkbox"/> Ninguna
DOMICILIO	TIPO Y NOMBRE VIALIDAD _____ NÚM. EXT. _____ NÚM. INT. _____		
	TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____		
	CODIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD _____ MUNICIPIO O DELEG: _____		
	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____ TELEFONO: _____		
ESTANCIA	ATENCION PREHOSPITALARA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FECHA Y HORA DE INGRESO _____ URGENCIA CALIFICADA <input type="checkbox"/> URGENCIA NO CALIFICADA <input type="checkbox"/>		
	TIEMPO DE TRASLADO: _____	NOMBRE DE LA UNIDAD: _____	CLUES: _____
	TRASLADO TYRANSITORIO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	MOTIVO DE ATENCIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> Médica	TIPO DE CAMA: <input type="checkbox"/> Cama de observación <input type="checkbox"/> Cama de choque <input checked="" type="checkbox"/> Sin cama	
	FECHA Y HORA DE ALTA _____		
	ALTA POR (ENVIADO A): <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Traslado a otra unidad-----	NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA: _____	
		CLUES: _____	
	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Voluntad propia	MINISTERIO PUBLICO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	FOLIO DEL CERTIFICADO: _____
	MUJER EN EDAD FÉRTIL: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) <input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en puerperio		
	AFECCIÓN PRINCIPAL: _____ CÓDIGO CIE _____		
AFECIONES TRATADAS COMORBIDADES	1		
	2		
	3		
	4		
	5		RESELECCIÓN AF. P. _____
INTERCONSULTA	<input checked="" type="checkbox"/> SI	ESPECIALIDAD _____ MEDICO INTERCONSULTANTE _____	
	NINGUNA	1	Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Cédula o CURP _____
		2	Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Cédula o CURP _____
		3	Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Cédula o CURP _____
PROCEDIMIENTOS	1	CONSULTA PSIQUIÁTRICA RUTINARIA NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA	9412
	2		
	3		
	4		
	5	Nombre genérico _____ Presentación _____	CÓDIGO DE MEDICAMENTOS _____
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	1		
	2		
	3		
	4		
	5		

MÉDICO RESPONSABLE:

NOMBRE: _____
Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido

C.U.R.P. _____ CÉDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____