

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 Añote 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	<p>Padre: Sin antecedentes</p> <p>Madre: Sin antecedentes</p> <p>OTROS:</p> <p>PSIQUIÁTRICOS:</p>
5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	<p>Alergias: Medicamentos:</p> <p>Cirugías/fracturas:</p> <p>TCE/convulsiones:</p> <p>Transfusiones:</p> <p>Infecciosas:</p> <p>Crónicas:</p> <p>Psiquiátricos / Otros:</p>
6. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	<p>Anexiones / Hospitalizaciones:</p> <p>Vive en en medio</p> <p>realiza comidas al día de calidad y cantidad con consumo de agua.</p> <p>Su actividad física es conbaño y cambio de ropa</p> <p>Su orientación sexual referida es:</p> <p>Viajes recientes: , convivir con animales:</p> <p>Exposiciones a biomasa, solventes, agroquímicos, etc.:</p> <p>Tatuaje ó perforaciones:</p> <p>Inmunizaciones: ¿cuenta con vacuna COVID-19? si no</p> <p>AGO:</p>
7. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS	
8. CONSUMO DE SUSTANCIAS	<p>Acohol:</p> <p>Tabaco:</p> <p>Marihuana:</p> <p>Cocaína:</p> <p>Cristal:</p> <p>Solventes:</p> <p>Alucinógenos/</p> <p>Otras:</p>
9. RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	<p>LABORATORIALES REVIVOS:</p> <p>LABORATORIALES SOLICITADOS:</p>

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: _____