

# 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	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2				
	6. FECHA DE NACIMIENTO		Día      Mes      Año	7. EDAD	Años	8. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
	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 <input type="radio"/> 0 Primaria <input type="radio"/> 2 Bachillerato <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 Preescolar <input type="radio"/> 1 Secundaria <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 98	11. ESTADO CIVIL		Vive con la pareja <input type="checkbox"/>	12. RELIGIÓN		
	13. SE CONSIDERA INDÍGENA		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	14. OCUPACIÓN HABITUAL		Empleado <input type="radio"/> 1 Desempleado <input type="radio"/> 2 Sub empleado <input type="radio"/> 3			
	15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD NINGUNA <input type="radio"/> 0 IMSS <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 IMSS-PROSPERA <input type="radio"/> 6 PEMEX <input type="radio"/> 7 SEGURO POPULAR <input type="radio"/> 11 OTRA <input type="radio"/> 12 SE IGNORA <input type="radio"/> 98 NO ESPECIFICADO <input type="radio"/> 99								
16. REFERIDO		17. INSTITUCIÓN QUE REFIERE							
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2									
18. NOMBRE RESPONSABLE		19. TELÉFONO			20. PARENTESCO				

2. MOTIVO DE CONSULTA

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

3. PADECIMIENTO ACTUAL

# HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ADULTOS



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	

# HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ADULTOS



10. EXPLORACIÓN FÍSICA

Habitus: Estado General: psicomotricidad, actitud y apariencia.

Somatometría: Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Índice de Masa Corporal \_\_\_\_\_ Perímetro Abdominal \_\_\_\_\_

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

Signos vitales: Tensión arterial \_\_\_\_\_ Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_ Frecuencia respiratoria \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_

11. EXAMEN MENTAL

Físicos, psiquiátricos, personalidad, psicosocial.

12. DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS

Acorde a las Guías de Práctica Clínica: \_\_\_\_\_

13. TRATAMIENTO INDICADO

# HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ADULTOS



14. PRONÓSTICO

(Para la vida, para la función).

15. CLINIMETRÍA

16. OBSERVACIONES

17. RESPONSABLES

## ELABORACIÓN

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

## SUPERVISIÓN

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



**GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO  
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL  
CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL**



## ESTANCIA BREVE

## ESTANCIA PROLONGADA

## **INDICACIONES MEDICAS**

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_ No. De exp. \_\_\_\_\_



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO  
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL  
CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL



## ESTANCIA BREVE

## ESTANCIA PROLONGADA

## **INDICACIONES MEDICAS**

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_ No. De exp. \_\_\_\_\_



### Consentimiento Bajo Información para Tratamiento Ambulatorio Psiquiátrico

Lugar: Guadalajara, Jalisco Fecha: A \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Registro Hospitalario: \_\_\_\_\_

**INFORMACION:** Usted será examinado por un médico psiquiatra, el cual valorará su estado mental y determinara la necesidad de tratamiento ambulatorio, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. Los procedimientos durante su tratamiento están sujetos 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-SSA2-1994, 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 ésta unidad.

**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le prescribirán 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 en ocasiones pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, los cuales variarán de acuerdo al tipo de medicamento prescrito en su caso particular, mismos que se tendrán que informar al médico, para ser debidamente atendido, en caso de que los profesionales médicos detecten otra enfermedad médica, independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otra unidad de atención para resolver dicho problema.

**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 proporciona sobre su persona o terceros, será tratada en forma confidencial y se utilizarán todos los medios para salvaguardarla con excepción de aquellos casos en los que el profesional de la salud determine que esté en riesgo su vida o la de otros y cuando previamente y por escrito las autoridades superiores, sanitarias, civiles o judiciales, lo soliciten a la Dirección de este hospital.

**CONSENTIMIENTO:** Manifiesto que he recibido información completa, clara y suficiente; me han sido aclaradas todas mis dudas respecto a mi padecimiento y el tratamiento ambulatorio:

- Cuento con absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que lo considere pertinente, siempre y cuando no esté sujeto a tratamiento obligatorio.
- En caso 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 Institución reitera así su absoluto respeto a la libre toma de decisiones.

**SI OTORGO EL CONSENTIMIENTO** (  )

**NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO** (  )

Nombre completo y firma del paciente o su representante legal

Nombre completo y firma del médico que autoriza

Domicilio: \_\_\_\_\_

Testigo

C.c.p. Usuario/Familiar Responsable

Testigo

135.002.0026.0



**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 sujetos 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 ésta 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, desaceleración, 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 PSIQUEIÁTRICA:** 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 este 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-SSA2-1994, 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 este 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 deslinde 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

C.c.p. Usuario/ Familiar Responsable

Testigo

**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.

<b>I. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS.</b>					
<b>MEDICO TRATANTE</b>					
FECHA: _____			Hora: _____		
<b>1. INFORMACION DEL PACIENTE.</b>					
Nombre del paciente.		Fecha de nacimiento.		No. Expediente.	Fecha Ingreso.
Edad:		Sexo:	Hombre      Mujer	Estatura:	Peso:
Antecedentes patológicos de interés.					
<b>2. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS.</b>					
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 trantante.



### 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 JALISCIENCE DE SALUD MENTAL

SOLICITUD DE SERVICIO



**SALME**  
Instituto Jalisciense  
de Salud Mental

FECHA: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

AL SERVICIO: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENCE DE SALUD MENTAL

SOLICITUD DE SERVICIO



**SALME**  
Instituto Jalisciense  
de Salud Mental

FECHA: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

AL SERVICIO: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

**HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS**  
**SINBA-SEUL-16-P DGIS**

CLUES: JCSSA007042

FOLIO:

<b>PACIENTE</b>	NOMBRE: _____		Nombre (s) _____	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	
	C.U.R.P.	_____	FECHA DE NACIMIENTO _____	Día _____ Mes _____ Año _____	ENTIDAD DE NACIMIENTO _____	
	EDAD CUMPLIDA _____	AÑOS _____	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" 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. ESTATALE <input type="checkbox"/> SEGURO OPORTUNIDAD <input type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> INSABI	GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IMSS Bienestar <input type="checkbox"/> Ninguna		
	NÚMERO DE AFILIACION:	_____				
<b>DOMICILIO</b>	TIPO Y NOMBRE VIALIDAD: _____		NÚM. EXT. _____	NÚM. INT. _____		
	TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____		NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____			
	CÓDIGO POSTAL: _____	LOCALIDAD: _____	Municipio o Deleg.: _____			
	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____				TELÉFONO: _____	
	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA Y HORA DE INGRESO: _____	DIA _____ MES _____ AÑO _____	HH _____ MM _____	URGENCIA CALIFICADA: <input type="checkbox"/> URGENCIA NO CALIFICADA	
TIEMPO DE TRASLADO: _____	NOMBRE DE LA UNIDAD: _____			CLUES: _____		
TRASLADO TYRANSTORIO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
MOTIVO DE ATENCIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Consulta externa	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: _____	HH _____ MM _____					
ALTA POR (ENVIADO A): <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa	Traslado a otra unidad: _____	NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA: _____				
CLUES: _____						
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Embarazo	MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	FOLIO DEL CERTIFICADO: _____				
MUJER EN EDAD FÉRTIL: <input type="checkbox"/> Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) <input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en puerperio						
AFECCIÓN PRINCIPAL: _____						
<b>ESTANCIA</b>	CÓDIGO CIE					
	1					
	2					
	3					
	4					
	5	RESELECCIÓN AF. P.				
<b>INTERCONSULTA</b>	<b>X</b> NINGUNA	ESPECIALIDAD		MEDICO INTERCONSULTANTE		
		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 _____
CODIGO CIE-9 MC						
<b>PROCEDIMIENTOS</b>	1	CONSULTA PSIQUEIÁTRICA RUTINARIA NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA				9412
	2					
	3					
	4					
	5					
	Nombre genérico		Presentación			CÓDIGO DE MEDICAMENTOS
<b>MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS</b>	1					
	2					
	3					
	4					
	5					

MÉDICO RESPONSABLE:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nombre (s) \_\_\_\_\_

Primer Apellido \_\_\_\_\_

Segundo Apellido \_\_\_\_\_

C.U.R.P. \_\_\_\_\_

CÉDULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

**PLAN:**

**DIAGNÓSTICO:**