

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

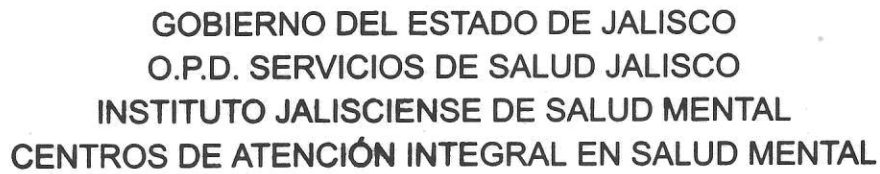
LABORATORIALES

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS

CLINIMETRÍA

PRONÓSTICO

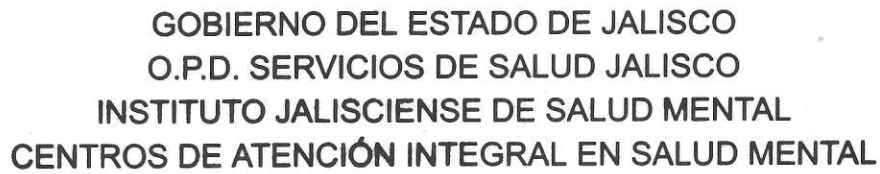
PLAN

ESTANCIA BREVE ESTANCIA PROLONGADA ☐

INDICACIONES MEDICAS

Nombre del usuario: _____ No. De exp. _____

[illegible]



Nombre del usuario: _____ No. De exp. _____

135.002.0082.0

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 determinará la necesidad de tratamiento ambulatorio, 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-SSA2-1994, 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 proporcione 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:

- a) Cuento con absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que lo considere pertinente, siempre y cuando no esté sujeto a tratamiento obligatorio.
- b) 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

Testigo

C.c.p. Usuario/Familiar Responsable



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:		Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
	C.U.R.P.		FECHA DE NACIMIENTO		ENTIDAD DE NACIMIENTO			
	EDAD CUMPLIDA		AÑOS		SEXO		MASCULINO FEMENINO	
	AFILIACION A LOS SERVICIOS DE SALUD		IMMS ISSSTE PEMEX SEDENA SEMAR GUB. ECTATAI SEGURO DONADO SE IGNORA OTRO INSABI					
	NÚMERO DE AFILIACION:		GRATUIDAD		SI NO		IMSS Bienestar Ninguna	
DOMICILIO	TIPO Y NOMBRE VIALIDAD		TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO:		NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO:		NÚM. EXT. NÚM. INT.	
	CODIGO POSTAL:		LOCALIDAD		MUNICIPIO O DELEG:		TELEFONO:	
	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS:							
ESTANCIA	ATENCION PREHOSPITALARA:		SI NO		FECHA Y HORA DE INGRESO		URGENCIA CALIFICADA URGENCIA NO CALIFICADA	
	TIEMPO DE TRASLADO:		HH MM		NOMBRE DE LA UNIDAD:		CLUES:	
	TRASLADO TYRANSITORIO:		SI NO					
	MOTIVO DE ATENCIÓN:		X Médica		TIPO DE CAMA:		Cama de observación Cama de choque Sin cama	
	FECHA Y HORA DE ALTA		DIA MES AÑO HH MM					
	ALTA POR (ENVIADO A):		Hospitalización Consulta externa Traslado a otra unidad-----		NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA:		CLUES:	
			Domicilio Fuga		MINISTERIO PUBLICO:		Si No FOLIO DEL CERTIFICADO:	
			Voluntad propia					
	MUJER EN EDAD FÉRTIL:		Embarazo Puerperio (de 0 a 42 días después del parto)		No estaba embarazada ni en puerperio			
AFECCIÓN PRINCIPAL:	1						CÓDIGO CIE	
	2							
	3							
	4							
	5				RESELECCIÓN AF. P.			
INTERCONSULTA	X		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	
					Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		Cédula o CURP	
PROCEDIMIENTOS	1		CONSULTA PSIQUIÁTRICA RUTINARIA NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA				CÓDIGO CIE-9 MC	
	2						9412	
	3							
	4							
	5							
			Nombre genérico		Presentación		CÓDIGO DE MEDICAMENTOS	
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	5							

MÉDICO RESPONSABLE:

NOMBRE: Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido

C.U.R.P. CÉDULA PROFESIONAL: FIRMA:

PLAN:

DIAGNÓSTICO: