

Fecha: _____ Hora: _____
 ENTREVISTADOR(A): _____ FIRMA: _____
 PROFESIONAL EN FORMACION AREA CLINICA: _____
 FIRMA: _____

1. INFORMACION GENERAL

Nombres y Apellidos Consultante: _____
 Tipo de Documento de Identidad: C.C:___ T.I:___ R.C:___ PA:___ Numero: _____
 Sexo: M: ___ F: ___ Estado Civil: _____ Edad Actual: _____
 Fecha de Nacimiento: Día: ___ Mes: ___ Año: _____ Lugar de Nacimiento: _____
 Nivel de Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Dirección de Residencia: _____
 Localidad: _____ Barrio: _____ Estrato: _____
 Teléfono Residencia: _____ Teléfono Celular: _____
 Entidad Aseguradora: EPS: ___ SISBEN: ___ Nombre: _____
 En caso de Emergencia llamar a: _____
 A los teléfonos: _____ Parentesco: _____

**Toda la información anterior es OBLIGATORIA de diligenciar.*

Forma de Solicitud del Servicio: Voluntaria: Remisión*:

Si es remitido por cual Institución*:

**Solo aplica remisión para Instituciones que tengan convenio con el CPC.*

Nombre del Acudiente*:

Parentesco: _____ Teléfonos: _____

**Solo aplica para consultantes menores de edad o con discapacidad cognitiva.*

Personas con las que vive el paciente:

[illegible]

2. MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de consulta reportado por el paciente.

Señale quien reporta: Paciente: Acudiente: Acompañante: Remisión:

[illegible]

3. DILIGENCIAR DESPUES DE LA VALORACION

Identificar aspectos sobresalientes del comportamiento.

(Conducta verbal y no verbal), actitud y apariencia del paciente durante la valoración.

[illegible]

Hipótesis Preliminares

Indicar con base en la información recolectada, las posibles hipótesis preliminares que se recomienda explorar en el proceso terapéutico.

[illegible]

RECOMENDACIÓN TERAPEUTICA DE CASO

Atención en el CPC: _____ Practicante asignado: _____

Remisión (indicar motivo): _____

Lugar de remisión: _____ Disponibilidad: _____

(*) Aplica para pacientes en crisis

Estado del caso. El paciente requiere:

Nueva Cita: _____ Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Remisión: _____ Sitio Asignado: _____

*En caso de ser remitido el servicio que requiere es:

Psiquiatría: Valoración Médica: Terapia Ocupacional:

Otro: _____ ¿Cuál? _____