**HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

Nombre de la Unidad de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
CLUES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ficha de identificación** | | | | |
| Nombre completo: | | | | |
| No. De Expediente: | Edad: | Sexo: F M | | Fecha de nacimiento: |
| Teléfono (s) de contacto: | | | | Religión: |
| Domicilio: Edo. Civil | | | | |
| No. Hijas/os: Escolaridad: Ocupación: | | | | |
| Nombre del informante (Si aplica): | | | | |
| Motivo de referencia: | | | | |
| **Motivo de consulta** | | | | |
| Anotar una breve descripción del motivo por el cual la persona acude a la consulta psicológica (anotarlo con las propias palabras de la persona) y padecimiento/síntomas actuales. | | | | |
| **Familiograma** | | | | |
|  | | | | |
| **Antecedentes** | | | | |
| Antecedentes Heredo Familiares (AHF): | | | | |
| Antecedentes Personales No Patológicos (APNP): | | | | |
| Antecedentes Personales Patológicos (APP): | | | | |
| **Historia psicosocial** | | | | |
| **Desarrollo infantil (Si aplica)** | | | | |
| Anotar información relevante del desarrollo e hitos (lenguaje, motricidad, socialización y conducta), especialmente en atención a niñas, niños y adolescentes y en los casos que en adulto se considere pertinente. | | | | |
| **Historial escolar** | | | | |
| Anotar información relevante entorno al rendimiento académico, problemas de aprendizaje, relaciones interpersonales con compañeros y maestros/figuras de autoridad. | | | | |
| **Historia laboral (Si aplica)** | | | | |
| Anotar información relevante de empleos anteriores y el actual, satisfacción laboral, ambiente de trabajo, relaciones con compañeros de trabajo y jefes/figuras de autoridad. | | | | |
| **Relaciones interpersonales** | | | | |
| Anotar información relevante entorno a las relaciones familiares, sociales, afectivas (sus características y dinámicas), eventos significativos como divorcios, separaciones, muertes, pérdidas, entre otros. | | | | |
| Posible red de apoyo | | | | |
| Familiar (nuclear y/o extensa) | | | Social (amigos, conocidos, vecinos, entre otros) | |
| Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Evaluación del estado mental** | | | | |
| Apariencia general | | | | |
| Anotar una descripción breve del nivel de higiene, aliño, edad aparente con relación a la cronológica y postura. | | | | |
| Actitud en general durante la entrevista | | | | |
| Anotar con X las que apliquen y de ser necesario anotar alguna otra observación  ( ) Cooperador/a ( ) Desconfiado/a ( ) Atento/a ( ) Agresivo/a ( ) Interesado/a ( ) Defensivo/a ( ) Hostil ( )  Otra: Observaciones: | | | | |
| Orientación | | | | |
| Anotar X si se encuentra orientado en:  ( ) Tiempo ( ) Lugar ( ) Circunstancia ( ) Persona Observaciones: | | | | |
| Funciones cognitivas | | | | |
| Anotar con X las que apliquen  Lenguaje   * Tono: ( )Bajo ( )Alto ( )Normal ( ) Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Velocidad: ( )Lento ( )Normal ( )Rápido ( ) Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Discurso: ( )Congruente ( )Incongruente ( )Coherente ( )Incoherente Observaciones:   Memoria  ( ) Memoria remota ( ) Memoria del pasado reciente ( ) Memoria reciente Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Anterior a dos años) (De dos años anteriores a la fecha) (Dia de hoy o anterior) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pensamiento   * Curso del pensamiento: ( ) Coherente: El pensamiento fluye de manera lógica y organizada. ( ) Incoherente: Las ideas carecen de conexión lógica entre sí. ( ) Circunstancial: Proporciona muchos detalles irrelevantes antes de llegar al punto principal. ( ) Tangencial: Las ideas se desvían del tema principal y no regresan a él. ( ) Bloqueo: El pensamiento se interrumpe de forma súbita, dejando la idea incompleta. Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Contenido del pensamiento: ( ) Ideas congruentes con la realidad: Los pensamientos son acordes al contexto y a la percepción objetiva. ( ) Preocupaciones excesivas: Pensamientos recurrentes sobre eventos o situaciones que generan ansiedad. ( ) Ideas obsesivas: Pensamientos intrusivos, repetitivos y difíciles de controlar, que generan malestar. ( ) Ideas delirantes: Creencias falsas, firmemente sostenidas, que no se ajustan a la realidad cultural o social de la persona. ( ) Ideas de daño hacia sí mismo u otros: Pensamientos relacionados con autolesiones o actos de violencia hacia otros. ( ) Ideas de influencia: La percepción de que los propios pensamientos, sentimientos o acciones están siendo controlados por una fuerza externa. ( ) Ideas de referencia: La interpretación errónea de eventos cotidianos como si estuvieran dirigidos específicamente al paciente. Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Alteraciones senso-perceptuales  ( ) Ilusiones ( ) Alucinaciones ( ) Adormecimiento  Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Alteraciones somáticas | | | | |
| Anotar con X las que apliquen  ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( ) Disminución del apetito ( ) Aumento de apetito ( ) Cefaleas ( ) Dermatitis  ( ) Trastornos del sueño ( ) Alteraciones digestivas ( ) Fatiga ( ) Hipocondría ( ) Tensión muscular  ( ) Somnolencia excesiva Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Afectividad y conducta | | | | |
| Anotar el estado emocional predominante, expresión emocional, congruencia del estado emocional con el discurso y la conducta en general. | | | | |
| **Impresión diagnóstica** | | | | |
| Anotar el diagnóstico probable presente con base a la historia clínica y signos/síntomas que presenta la persona (el diagnóstico debe ser categorial según el CIE-10) | | | | |
| **Plan de trabajo** | | | | |
| Describir las actividades posteriores a realizar (aplicación de pruebas psicológicas, referencia a otras áreas de atención, solicitud de estudios complementarios, entre otros) y plan de tratamiento sugerido. | | | | |
| **Pronóstico** | | | | |
| Describir el pronóstico con base en los hallazgos y el plan de tratamiento, incluir si el pronóstico es favorable, reservado o grave, según sea el caso | | | | |

**Nombre y firma del psicólogo/psicóloga Cédula profesional**