

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO

Nombres y apellidos:

Identificación:

Edad:

Sexo:

Lugar y fecha de nacimiento:

Nivel educativo/oficio:

Núcleo familiar:

Estamento:

Programa académico / dependencia

Grupo priorizado:

Estado civil:

Antecedente de salud:

Dirección:

Celular:

Correo:

Fecha de la evaluación:

Evaluada:

Motivo de consulta:

Desarrollo del problema actual desencadenante

Desarrollo/Antecedentes personal social

Características familiares e Historia familiar

Núcleo familiar:

Antecedentes de salud familiares

Tratamientos e intervenciones del sujeto

Presenta alguno de los siguientes síntomas:

Consumo de sustancias psicoactivas		Pensamiento de autolisis o de muerte		Insomnio: dificultad para conciliar, sostener y descansar	
Pérdida de control		Problemas gastrointestinales		No poder expresarse verbal o corporalmente lo que piensa o siente	
Desborde emocional		Llanto, tristeza constante.		Anhedonia.	
Problemas de pareja		Dificultad para mantener la atención y responder eficientemente		Olvidos frecuentes.	
Violencia intrafamiliar		Violencia/Abuso sexual		Alteraciones sensoriales	

Hallazgo y observación en la indagación clínica

Porte y actitud:

Aseo personal:

Protocolo de evaluación: Test aplicados si requiere.

Resultados

Prueba	Resultado

Conclusión

Impresión dx:

Recomendaciones

Seguimiento

Fecha de sesión	Intervención	Evolución
1.		
2.		
3.		
4.		

DOCUMENTO CONTROLADO