

HISTORIA CLINICA AMBULATORIA DE SALUD MENTAL

A - FECHA DE ADMISION

...../...../.....

B - DATOS DE IDENTIFICACION

1	PROFESIONAL	
	DOMICILIO DEL CONSULTORIO	TEL.
	CORREO ELECTRÓNICO	

2	APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE	
	OBRA SOCIAL	AFILIADO Nro.
	DOMICILIO	
	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
	ESTADO CIVIL	DOCUMENTO Nro.
	OCUPACION	EDAD

3	MOTIVO DE CONSULTA
	DERIVADO POR

C - ANTECEDENTES PERSONALES

1	SINTOMATOLOGIA ACTUAL

2	ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN ACTUAL

3	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

4	TRATAMIENTOS ANTERIORES (fecha-tipo-motivo finalización)

5	MEDICACIÓN (indicada por-cuál-dosis)

D - INDICACIONES TERAPEUTICAS

1	PROGRAMA DE TRATAMIENTO y MARCO TEÓRICO QUE LO SUSTENTA				
	INDICACIÓN DE PSICOTERAPIA	SI	NO		
	CANTIDAD DE SESIONES ESTIMADAS				
	FRECUENCIA	SEMANAL	QUINCENAL	OTROS	
	ABORDAJE	INDIVIDUAL	VINCULAR	PAREJA FAMILIA GRUPO	
2	CONSENTIMIENTO INFORMADO		SI	NO	
3	OTRAS PRESTACIONES	PSICODIAGNOSTICO	ORIENTACION VOCACIONAL	PSICOPROFILAXIS	OTROS
4	TIEMPO PROBABLE DE TRATAMIENTO				
5	PRONÓSTICO				

FICHA DE SEGUIMIENTO

Nro. DE AFILIADO

FECHA

APELLIDO Y NOMBRES

EDAD

ESTADO CIVIL

EVOLUCION DEL CUADRO CLINICO (EN RELACION A SINTOMATOLOGIA)

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO

OBJETIVOS TERAPEUTICOS LOGRADOS

MODIFICACIONES DEL DIAGNOSTICO

CUAL?

MODIFICACIONES TERAPEUTICAS

SI

NO

FRECUENCIA

SEMANAL

QUINCENAL

OTROS

ESPECIFICAR FRECUENCIA Y MOTIVO

ALTA POR

FINALIZACION DEL TRATAMIENTO

ABANDONO

CAMBIO DE TERAPEUTA

FIN DE COBERTURA

OTROS

ESTIMACION PROSPECTIVA DEL TRATAMIENTO

APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL

MATRICULA

FIRMA

SELLO

INSTRUCTIVO

HISTORIA CLINICA AMBULATORIA DE SALUD MENTAL

A - FECHA DE ADMISIÓN

B – DATOS DE IDENTIFICACION

1. IDENTIFICACION DEL TERAPEUTA
2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE
3. MOTIVO DE CONSULTA

C - ANTECEDENTES PERSONALES

1. ESTADO ACTUAL: BREVE DESCRIPCION
2. ANTECEDENTES TANTO PSICOLÓGICOS COMO MEDICOS
3. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: DESCRIBIR EL DIAGNOSTICOS PUDIENDO UTILIZARSE CODIGOS INTERNACIONALES CIE 10 O DSM IV HASTA TANTO PODAMOS CONTAR CON OTRO INSTRUMENTO ESPECIFICO QUE RESPONDA A LOS MISMOS FINES.
4. TRATAMIENTOS ANTERIORES: CITAR CRONOLOGICAMENTE EN QUE PERIODO SE REALIZARON
5. INDICAR MEDICACION.

D - INDICACIONES TERAPEUTICAS

1. PROGRAMA DE TRATAMIENTO: INDICAR SI SE DERIVA A PSICOTERAPIA, NUMERO DE SESIONES Y FRECUENCIA INDICADAS. EXPLICITAR SI EL ABORDAJE ES INDIVIDUAL Y/O VINCULAR (PAREJA, FAMILIA, GRUPO). CONSIGNAR EL MARCO TEÓRICO REFERENCIAL DESDE EL QUE SE PROPONE EL PROGRAMA
2. INDICAR SI HA FIRMADO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO O NO
3. OTRAS PRESTACIONES: PSICODIAGNOSTICO, PSICOPROFILAXIS, ORIENTACION VOCACIONAL ETC.
4. TIEMPO PROBABLE DEL TRATAMIENTO.
5. PRONOSTICO

FICHAS DE SEGUIMIENTO

LAS MISMAS DEBERAN CUMPLIMENTARSE CADA 3 MESES DE TRATAMIENTO.