

HISTORIA CLINICA AMBULATORIA DE SALUD MENTAL

A - FECHA DE ADMISION

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

B - DATOS DE IDENTIFICACION

1	PROFESIONAL
	DOMICILIO DEL CONSULTORIO
	TEL.

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	PADECIMIENTO ACTUAL

2	ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN ACTUAL

3	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO (SEGUN DSM IV)

4	TRATAMIENTOS ANTERIORES

5	FARMACOLOGIA

D - INDICACIONES TERAPEUTICAS

1	PROGRAMA DE TRATAMIENTO			
	DERIVACION DE PSICOTERAPIA	SI	NO	OTROS
	Nro. DE SESIONES			
	FRECUENCIA	SEMANAL	QUINCENAL	OTROS
	ABORDAJE	INDIVIDUAL	VINCULAR	PAREJA FAMILIA GRUPO

2	OTRAS PRESTACIONES	PSICODIAGNOSTICO	ORIENTACION VOCACIONAL	PSICOPROFILAXIS	OTROS
---	--------------------	------------------	------------------------	-----------------	-------

3	TIEMPO PROBABLE DE TRATAMIENTO
---	--------------------------------

4	EVOLUCION
---	-----------

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: UTILIZACIÓN DE CRITERIOS DIAGNOSTICOS UNIFICADOS DESDE 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. FARMACOLOGIA: 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)
2. OTRAS PRESTACIONES: PSICODIAGNOSTICO, PSICOPROFILAXIS, ORIENTACION VOCACIONAL ETC.
3. TIEMPO PROBABLE DEL TRATAMIENTO.
4. EVOLUCION.

FICHAS DE SEGUIMIENTO

LAS MISMAS DEBERAN CUMPLIMENTARSE CADA 3 MESES DE TRATAMIENTO.

