

SALUD MENTAL – HISTORIA CLINICA

Afiliado N°:

Apellido y Nombre:

Fecha de Nac.:

Domicilio:

Tel. Part.:

MOTIVO DE CONSULTA:

.....
.....
.....

ANTECEDENTES DEL MOTIVO DE CONSULTA:

.....
.....
.....

ESTADO ACTUAL (descripción semiológica):

.....
.....
.....

GRUPO FAMILIAR:

.....
.....
.....

ANTECEDENTES FAMILIARES:

.....
.....
.....

TRATAMIENTOS ANTERIORES:

.....
.....
.....

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO (DSM IV):.....

.....

.....

(DSM IV-CIE 10):.....

.....

.....

INDICACIONES Y OBJETIVO TERAPEUTICO:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....