

## Historia clínica

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

DATOS GENERALES			
NOMBRE (S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
SEXO: ____	EDAD: ____	ESTADO CIVIL: _____	ESCOLARIDAD: _____
OCUPACIÓN: _____		TELÉFONO: _____	
DOMICILIO: _____			
CALLE	NO.	COLONIA	MUNICIPIO

Referencia:	
Expectativas de la px.:	
Tiempo de tratamiento:	

### DESCRIPCIÓN BREVE DEL PACIENTE


[Escriba aquí]


**MOTIVO DE CONSULTA**


**EXAMEN DEL ESTADO MENTAL**


**HISTORIA FAMILIAR**


**HISTORIA INDIVIDUAL**


[Escriba aquí]



--

<b>MECANISMOS DE DEFENSA</b>
------------------------------


<b>SÍNTOMAS ASOCIADOS</b>
---------------------------


<b>ÁREAS LIBRES DE CONFLICTO</b>
----------------------------------


**ETAPA DEL CICLO VITAL**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Crisis de concepción: embarazo y nacimiento del hijo/a.		
Crisis: el niño/a comienza a hablar		
Crisis: el niño/a entra a la escuela		
Crisis: adolescencia		
Crisis: Hijo/a adulto/a e independencia		
Crisis: matrimonio del hijo/a		
Crisis: menopausia en la mujer		
Crisis: Los padres/madres se convierten en abuelos/as.		
Crisis: muerte de uno y otro de los cónyuges.		

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ansiedad		
Angustia		
Baja Autoestima		
Cutting		
Dependencia		

[Escriba aquí]

Depresión		
Duelo		
Otros		

**METAS TERAPÉUTICAS**


---

Nombre y Firma

C.c.p. Archivo

[Escriba aquí]