ISJUVENTUD
INSTITUTO SONORENSE DE LA JUVENTUD

Historia Clínica Psicología

Datos del paciente

Nombre

Edad

Domicilio

Sexo

Teléfono

Estado Civil

Ocupación

Religión

Escolaridad

Especialista

Cédula Profesional

No. de Expediente

Fecha de registro

Grupo familiar

Actualmente usted vive con

El nombre de su conyuge

Teléfono de contacto

¿Tiene usted hijos ?

Si	No	¿Cuantos son?	¿De que edades?	Estudiantes	Profesionistas	Observaciones
		Hombres				
		Mujeres				

Acerca de sus padres

C/vida	Nombre del Padre	Edad	Profesión	Escolaridad
Si No				

C/vida	Nombre de la Madre	Edad	Profesión	Escolaridad
Si No				

Estado civil de sus padres

Casados Separados Viuda (o) Divorciados Union Libre Madre / Padre Soltero (a)

¿Cuantos hermanos tiene?

C/vida	Nombre del 1er hermano(a)	Edad	Profesión	Escolaridad
Si No				
C/vida	Nombre del 2do hermano(a)	Edad	Profesión	Escolaridad
Si No				
C/vida	Nombre del 3er hermano(a)	Edad	Profesión	Escolaridad
Si No				
C/vida	Nombre del 4to hermano(a)	Edad	Profesión	Escolaridad
Si No				
C/vida	Nombre del 5to hermano(a)	Edad	Profesión	Escolaridad
Si No				
C/vida	Nombre del 6to hermano(a)	Edad	Profesión	Escolaridad
Si No				

Observaciones

Quadri Editores S. A. de C. V.
Quadri Editores S. A. de C. V.

Historia Clínica Psicología

Problema actual

Descripción del paciente

-

Motivo de la consulta

-

Historia del padecimiento actual

Inicio	Curso	Sintomas
-	-	-

Quadri Editores S. A. de C. V.

Antecedentes del desarrollo

Durante el embarazo	Si	No	Especifique
Caídas			-
Infecciones			-
Preeclamsia			-
Problemas emocionales			-
Amenazas de aborto			-
Intoxicaciones			-
Exposición a la radiación (rayos x, placas etc...)			-
Consumo de drogas, alcohol, tabaco, antidepresivos.			-

Edad en la que empezo a:	Años	Meses	Observaciones
Gateo	-	-	-
Caminar	-	-	-
Emitir primeras palabras	-	-	-
Control de esfínteres (ir al baño)	-	-	-
Lactancia con pecho	-	-	-
Ingesta con biberon	-	-	-
Ablacto (primeros alimentos solidos)	-	-	-

Quadri Editores S. A. de C. V.

¿Padece dificulta para dormir?

	Si	No	Especifique
Pesadillas	-	-	-
Temores nocturnos	-	-	-
Sonambulismo	-	-	-
Exceso de sueño	-	-	-
Ronquido	-	-	
Insomnio	-	-	-
Apnea del sueño	-	-	-
Otros	-	-	-

Historia Clínica Psicología

¿Sufre de alguno de los siguientes padecimientos?

	Si	No	Especifique
Problemas visuales	-	-	-
Problemas auditivos	-	-	-
Problemas motrices	-	-	-
Pie plano	-	-	-
Cedaleas (dolor de cabeza)	-	-	-
Asma	-	-	-
Alergias	-	-	-
Convulsiones	-	-	-
T. C. A. (golpe fuerte en cabeza) - perdida de memoria	-	-	-
Hospitalización	-	-	-
Intervención quirúrgica	-	-	-
Otros	-	-	-

Describe las condiciones físicas de el lugar donde vives actualmente.

-

¿Que alimentos acostumbra a comer en familia?

-

¿Con que frecuencia consume alcohol, tabaco, otro...?

-

¿Disfruta esta con gente en reuniones sociales?

-

Mencione en orden de importancia 5 personas importantes en su vida

-	-	-	-	-

¿Aparte del trabajo y la familia que otras actividades realiza?

-

Describa detalladamente un día de su vida actual

Por la mañana	Por la tarde	Por la noche
-	-	-

¿Que cosas agradables recuerda de su vida?

Infancia / Niñez	Adolecensia / Juventud	Actualidad
-	-	-

Quadri Editores S. A. de C. V.
Quadri Editores S. A. de C. V.

Historia Clínica Psicología

Describa brevemente recuerdos desagradables de su vida.

-

¿Ha tenido relaciones de Noviazgo?

-

¿Cómo fueron esas relaciones?

-

¿Cómo es la relación actual con sus padres?

-

¿Cómo es la relación actual con sus hermanos?

-

Sexualidad Adulta

¿Que tan frecuente tiene relaciones sexuales?

-

¿Considera satisfactoria su vida sexual?

-

Desarrollo Personal

¿Cómo se describe a usted mismo?

-

¿En este momento, se siente satisfecho con su vida? ¿Por que?

-

Área Laboral

¿Desde que edad trabaja?

-

Comente y describa como fue que consiguió su primer trabajo

-

¿Fue fácil encontrar trabajo?	¿Le resulta incomodo solicitar una oportunidad de trabajo?	¿Cual es su horario de trabajo?	¿Le gusta su trabajo actual?	¿Cual sería su trabajo ideal?
-	-	-	-	-

¿Toma cursos relacionados con su trabajo?	¿Le ocasiona alguna incomodidad obedecer ordenes?	¿Cómo son sus relaciones con su jefe?	¿Ha tenido gente bajo sus ordenes?	¿Le hes fácil lograr que la gente obedezca?
-	-	-	-	-

¿Cómo son sus relaciones con sus subordinados?	¿Le gusta trabajar en equipo?	¿Le gustaría cambiar de trabajo?	¿Regularmente da su mayor esfuerzo en su trabajo?	¿Tiene relación con sus compañeros fuera del trabajo?
-	-	-	-	-

¿Se distrae con facilidad por cualquier situación?	¿Alguna labor en especial que le cueste trabajo realizar?	¿Uso tiempo en horas muertas y/o tiempo libre?	¿Tiene usted habilidades destacadas ?	¿Se adapta rápidamente en el entorno que se presente?

Quadri Editores S. A. de C. V.
Quadri Editores S. A. de C. V.

Historia Clínica Psicología

Examen mental - Descripción de características en el paciente.

Conducta y aspecto general del paciente	Orientación & Sensorio	Atención & Concentración	Memoria
-	-	-	-

Inteligencia	Discurso	Pensamiento (Forma)	Tipo de contenido en ideas propias
-	-	-	-

Afectividad	Juicio	Humor & Ánimo	Actitudes hacia si mismo
-	-	-	-

Impresión Diagnóstica

-

Pronóstico

-

Especificar las soluciones y estrategias terapéuticas para el caso.

-

Psicólogo / Terapeuta