



Avances de actividades semanales
Semana Correspondiente (____ / ____ / ____ -- ____ / ____ / ____)

Programa: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Consultorio: _____

Día	Hora	Actividad/Paciente	Si	No	Observaciones
Lunes	8:00 am				
	9:00 am				
	10:00 am				
	11:00 am				
	12:00 pm				
	1:00 pm				
	2:00 pm				
Martes	8:00 am				
	9:00 am				
	10:00 am				
	11:00 am				
	12:00 pm				
	1:00 pm				
	2:00 pm				
Miércoles	8:00 am				
	9:00 am				
	10:00 am				
	11:00 am				
	12:00 pm				
	1:00 pm				
	2:00 pm				
Jueves	8:00 am				
	9:00 am				
	10:00 am				
	11:00 am				
	12:00 pm				
	1:00 pm				
	2:00 pm				
Viernes	8:00 am				
	9:00 am				
	10:00 am				
	11:00 am				
	12:00 pm				
	1:00 pm				
	2:00 pm				

Psicólogo (a) responsable

Directora SMDIF Cortazar

El presente está sujeto a cambios de acuerdo a la disponibilidad de la agenda

			12
			11
			10
			9
			8
			7
Asistencia	Próxima Cita:		
	Núm.:	Fecha:	Hora:

			6
			5
			4
			3
			2
			1
Asistencia	Próxima Cita:		
	Núm.:	Fecha:	Hora:



CARNET DE CITAS

Usuario: _____

Servicio: _____

Responsable: _____

Privada rosales #501
Col. San Francisco, Cortazar, Gto
Tel. 411 155 2455



Fecha: ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD

Términos y condiciones del procedimiento de atención psicológica.

El proceso:

1. Es de atención primaria, con duración breve de 12 sesiones como máximo, y presencial. Contando con 10 minutos de tolerancia.
2. Es de carácter preventivo cuyo objetivo es la disminución de riesgos biopsicosociales y desarrollar habilidades sociales, emocionales y cognitivas.
3. En caso de atención previa, se procederá conforme a los protocolos correspondientes de seguimiento dentro de la institución.

El usuario:

4. Comprende que el pago de cada sesión psicológica será antes de entrar a consulta.
5. Acepta su cooperación, esfuerzo y compromiso con el proceso para superar su estado de acuerdo al motivo de consulta.
6. Necesita acudir en condiciones óptimas para recibir la atención psicológica, esto incluye: No asistir bajo el influjo de cualquier sustancia que ponga en peligro su integridad, así como la del psicólogo.
7. En caso de ocultar o falsear información importante por parte del usuario, será motivo importante para dar por concluido su proceso.
8. Es consiente que deberá asistir a sus citas programadas (de acuerdo a la disponibilidad del psicólogo) de manera puntual y **sólo en caso de emergencia**, podrá pedir una reagenda de la misma en un periodo **no mayor de 24 horas**, junto con motivo de la inasistencia. Sólo tiene derecho **a una falta justificada, a la segunda, se le tendrá que dar de baja definitiva.**
9. La cancelación del servicio se hará en caso de contar con su **primera falta injustificada, causándole la baja definitiva.**
10. Conoce que la información proporcionada es confidencial y será manejada con un enfoque profesional y ético. Dicho acuerdo podrá romperse cuando esté en riesgo

su integridad física o la de otra persona, en dicha situación se informará a la persona o instancia pertinente para su seguimiento.

11. En caso de requerir otro tipo de intervención se realizará la referencia con la instancia indicada.

El psicólogo:

12. La atención es brindada por un profesional de la salud mental.
13. El psicólogo es consciente de su orientación primaria hacia el usuario, utilizando técnicas que considere pertinentes para el tratamiento y debe limitarse sólo a los necesarios y de acuerdo al motivo de consulta.
14. El psicólogo asignado no se responsabiliza de autolesiones físicas que el usuario pudiera tener por alteraciones cognitivas o conductuales del usuario.

Ambas partes:

15. Se comprometen a llevar una relación estrictamente profesional de manera respetuosa y cordial.
16. Saben que se respetará el horario de atención laboral.
17. Reconocen que este documento no tiene validez legal y es sólo para uso y manejo de expedientes.

He leído los apartados y doy mi autorización para continuar con la atención psicológica de manera voluntaria en el SMDIF Cortazar.

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del psicólogo.



Fecha: ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

Yo _____ con parentesco _____
manifiesto que he sido informado a detalle sobre el proceso de atención primaria a la salud
mental en el SMDIF Cortazar que recibirá el menor de edad _____
_____.

Términos y condiciones del procedimiento de atención psicológica.

El proceso:

1. Es de atención primaria, con duración breve de 12 sesiones como máximo, y presencial. Contando con 10 minutos de tolerancia.
2. Es de carácter preventivo cuyo objetivo es la disminución de riesgos biopsicosociales y desarrollar habilidades sociales, emocionales y cognitivas.
3. En caso de atención previa, se procederá conforme a los protocolos correspondientes de seguimiento dentro de la institución.

El usuario:

4. Comprende que el pago de cada sesión psicológica será antes de entrar a consulta.
5. Acepta su cooperación, esfuerzo y compromiso con el proceso para superar su estado de acuerdo al motivo de consulta.
6. Necesita acudir en condiciones óptimas para recibir la atención psicológica, esto incluye: No asistir bajo el influjo de cualquier sustancia que ponga en peligro su integridad, así como la del psicólogo.
7. En caso de ocultar o falsear información importante por parte del usuario, será motivo importante para dar por concluido su proceso.
8. Es consiente que deberá asistir a sus citas programadas (de acuerdo a la disponibilidad del psicólogo) de manera puntual y **sólo en caso de emergencia**, podrá pedir una reagenda de la misma en un periodo **no mayor de 24 horas**, junto con motivo de la inasistencia. Sólo tiene derecho a **una falta justificada, a la segunda, se le tendrá que dar de baja definitiva.**

9. La cancelación del servicio se hará en caso de contar con su **primera falta injustificada, causándole la baja definitiva.**
10. Conoce que la información proporcionada es confidencial y será manejada con un enfoque profesional y ético. Dicho acuerdo podrá romperse cuando esté en riesgo su integridad física o la de otra persona, en dicha situación se informará a la persona o instancia pertinente para su seguimiento.
11. En caso de requerir otro tipo de intervención se realizará la referencia con la instancia indicada.

El psicólogo:

12. La atención es brindada por un profesional de la salud mental.
13. El psicólogo es consciente de su orientación primaria hacia el usuario, utilizando técnicas que considere pertinentes para el tratamiento y debe limitarse sólo a los necesarios y de acuerdo al motivo de consulta.
14. El psicólogo asignado no se responsabiliza de autolesiones físicas que el usuario pudiera tener por alteraciones cognitivas o conductuales del usuario.

Ambas partes:

15. Se comprometen a llevar una relación estrictamente profesional de manera respetuosa y cordial.
16. Saben que se respetará el horario de atención laboral.
17. Reconocen que este documento no tiene validez legal y es sólo para uso y manejo de expedientes.

He leído los apartados y doy mi autorización para continuar con la atención psicológica de manera voluntaria en el SMDIF Cortazar.

**Nombre y firma del padre de familia,
tutor o quien ejerce la guardia o
custodia.**

Nombre y firma del psicólogo.



Fecha: ____ / ____ / ____

No. de expediente: ____

ENTREVISTA INICIAL PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA (MAYORES DE EDAD)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____ Lugar de residencia: _____

Nivel de estudios: _____ Ocupación: _____ Teléfono: _____

Estado Civil: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Religión: _____ Servicio médico: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Motivo de consulta:

Antecedentes y evolución de la problemática:

Antecedentes de tratamiento:

Familiograma y ambiente familiar:

Tratamiento:

Antecedentes médicos:

- ¿Actualmente el paciente toma algún medicamento? _____ ¿Cuál? _____
¿Por qué motivo lo consume? _____
- ¿El paciente tiene alguna alergia? _____ ¿Cuál? _____
- ¿El paciente padece alguna enfermedad crónica? _____ ¿Cuál? _____
¿A qué edad se lo detectaron? _____

- ¿Ha estado hospitalizado? _____ ¿A qué edad? _____ Motivo: _____
- ¿Ha tenido convulsiones, golpes en la cabeza, pérdida de la conciencia o similares? _____
 ¿A qué edad? _____ ¿Cómo se atendió? _____
 ¿Cuál fue el resultado? _____

Antecedentes de desarrollo:

Embarazo

- ¿Qué edad tenía cuando se embarazó? _____ ¿Recibió supervisión médica? _____
- ¿Presentó problemas durante el embarazo? _____ ¿Cuáles? _____

- ¿Se le recetó fármacos durante el embarazo? _____ ¿Cuáles? _____

- ¿Se indujo el parto o se llevó a cabo la cesárea? _____ De ser cesárea, ¿por qué motivo? _____
- ¿El paciente fue prematuro? _____ ¿Por cuántas semanas? _____
- ¿Hubo embarazos previos? _____ ¿Cuántos? _____

Lactancia

- Cuando era lactante, ¿el paciente experimentó algún problema de alimentación? _____
 ¿Cuál? _____
- ¿Experimentó algún problema de sueño? _____ ¿Cuál? _____
- ¿Tuvo infecciones? _____ ¿De qué tipo? _____
 ¿Requirió antibióticos? _____ ¿Cuáles? _____
- Durante esta etapa, ¿el paciente experimentó algún otro problema? _____ ¿Cuál? _____

Aspectos sociales y conductuales:

- ¿Tiene dificultades para hacer amigos o relacionarse con sus pares? _____ De ser así, ¿por qué? _____
- ¿Actualmente tiene amigos? _____ ¿Cuántos? _____
- ¿Cómo es su relación con ellos? _____

- ¿Cómo era antes (conductas, juegos, reacciones, comunicación corporal o verbal, etc.)? _____

- ¿Practica algún deporte? _____ ¿Cuál? _____
- ¿Muestra con facilidad sus sentimientos? _____
- ¿Muestra cambios notables en su estado de ánimo? _____ ¿Cuáles? _____

- ¿Realiza conductas que podrían ser peligrosas para sí mismo o para otros? _____ ¿Cuáles? _____

- ¿Tiene dificultades para seguir órdenes? _____ De ser así, ¿por qué? _____

- ¿Se frustra con facilidad? _____ ¿De qué forma es más común que lo demuestre? _____

- Otras conductas que ha observado últimamente: _____

- ¿Podría describir la personalidad del paciente? _____

Otra información:

- Actividades favoritas del paciente _____
_____ ¿Cuánto tiempo le dedica a esa actividad? _____
- ¿Cuáles son las actividades que menos le gustan? _____

- ¿Realiza alguna actividad extraescolar? _____ ¿Cuál? _____
- ¿Participa en las tareas domésticas? _____ ¿Cuáles? _____
- ¿Ha habido algún cambio reciente en su capacidad para realizar dichas tareas? _____ De ser así, describa el cambio _____
- ¿Cuál es el horario que por lo general se va a dormir? _____

Realizó la entrevista: _____



Fecha: ____ / ____ / ____

No. de expediente: ____

ENTREVISTA INICIAL PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA (MENORES DE EDAD)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____ Lugar de residencia: _____

Nivel de estudios: _____ Institución: _____

Grado y grupo: _____ Ocupación: _____ Teléfono: _____

Estado Civil: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Religión: _____ Servicio médico: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

PADRES DE FAMILIA, TUTORES O QUIENES EJERCEN LA GUARDIA O CUSTODIA

Nombre: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Domicilio: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Escolaridad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Domicilio: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Escolaridad: _____

Motivo de consulta:

Antecedentes y evolución de la problemática:

Antecedentes de tratamiento:

Familiograma y ambiente familiar:

Tratamiento:

Antecedentes médicos:

- ¿Actualmente el paciente toma algún medicamento? _____ ¿Cuál? _____
¿Por qué motivo lo consume? _____
- ¿El paciente tiene alguna alergia? _____ ¿Cuál? _____
- ¿El paciente padece alguna enfermedad crónica? _____ ¿Cuál? _____
¿A qué edad se lo detectaron? _____
- ¿Ha estado hospitalizado? _____ ¿A qué edad? _____ Motivo: _____
- ¿Ha tenido convulsiones, golpes en la cabeza, pérdida de la conciencia o similares? _____
¿A qué edad? _____ ¿Cómo se atendió? _____
¿Cuál fue el resultado? _____

Antecedentes de desarrollo:

Embarazo

- ¿Qué edad tenía cuando se embarazó? _____ ¿Recibió supervisión médica? _____
- ¿Presentó problemas durante el embarazo? _____ ¿Cuáles? _____

- ¿Se le recetó fármacos durante el embarazo? _____ ¿Cuáles? _____

- ¿Se indujo el parto o se llevó a cabo la cesárea? _____ De ser cesárea, ¿por qué motivo? _____
- ¿El paciente fue prematuro? _____ ¿Por cuántas semanas? _____
- ¿Hubo embarazos previos? _____ ¿Cuántos? _____

Lactancia

- Cuando era lactante, ¿el paciente experimentó algún problema de alimentación? _____
¿Cuál? _____
- ¿Experimentó algún problema de sueño? _____ ¿Cuál? _____
- ¿Tuvo infecciones? _____ ¿De qué tipo? _____
¿Requirió antibióticos? _____ ¿Cuáles? _____
- Durante esta etapa, ¿el paciente experimentó algún otro problema? _____ ¿Cuál? _____

Historia educativa:

- ¿A qué edad inició en el jardín de niños? _____
- ¿Ha tenido que repetir el año escolar? _____ De ser un “sí”, ¿qué año y por qué? _____

- ¿Ha recibido terapia o tutoría especial en la escuela? _____ ¿De qué tipo y por cuánto tiempo? _____
- ¿El desempeño escolar del niño se ha vuelto más deficiente en fechas recientes? _____ De ser así, ¿por qué motivo o razón? _____
- ¿Cuáles materias le resultan más complicadas? _____
- ¿Cuáles son sus materias favoritas? _____
- ¿Cuáles son las materias en donde presentó un mejor desempeño? _____

- ¿Cuáles son las materias en donde presentó deficiencias? _____

- ¿Considera que se ha adaptado bien a la escuela? _____
- ¿Quién apoya a realizar las tareas escolares? _____
- ¿Cuánto tiempo se les dedica a las tareas? _____

Aspectos sociales y conductuales:

- ¿Tiene dificultades para hacer amigos o relacionarse con sus pares? _____ De ser así, ¿por qué? _____
- ¿Actualmente tiene amigos? _____ ¿Cuántos? _____
- ¿Cómo se relaciona con sus compañero y amigos de la escuela? _____

- ¿Cómo era antes (conductas, juegos, reacciones, comunicación corporal o verbal, etc.)? _____

- ¿A qué le gusta jugar y con quién? _____
- ¿Practica algún deporte? _____ ¿Cuál? _____
- ¿Cómo es su relación con los adultos? _____
- ¿Muestra con facilidad sus sentimientos? _____
- ¿Muestra cambios notables en su estado de ánimo? _____ ¿Cuáles? _____

- ¿Realiza conductas que podrían ser peligrosas para sí mismo o para otros? _____ ¿Cuáles? _____

- ¿Ha peleado verbalmente con otros niños? _____ ¿Por qué causa? _____

- ¿Ha peleado físicamente con otros niños? _____ ¿Por qué causa? _____

- ¿Tiene dificultades para seguir órdenes? _____ De ser así, ¿por qué? _____

- ¿Se frustra con facilidad? _____ ¿De qué forma es más común que lo demuestre? _____

- Otras conductas que ha observado últimamente: _____

- ¿Podría describir la personalidad del paciente? _____

Otra información:

- Actividades favoritas del paciente _____
_____ ¿Cuánto tiempo le dedica a esa actividad? _____
- ¿Cuáles son las actividades que menos le gustan? _____
- ¿Realiza alguna actividad extraescolar? _____ ¿Cuál? _____
- ¿Participa en las tareas domésticas? _____ ¿Cuáles? _____
- ¿Ha habido algún cambio reciente en su capacidad para realizar dichas tareas? _____ De ser así, describa el cambio _____
- ¿Cuál es el horario que por lo general se va a dormir? _____

Disciplina:

- ¿Quién es el encargado de aplicarla en casa? _____
- ¿Cuáles son los problemas o dificultades por los cuales se recurre a la disciplina con el paciente?

- ¿Cuáles son las técnicas de disciplina que recurre más a menudo? _____
_____ ¿Resultan eficaces? _____

Realizó la entrevista: _____

Formato de Referencia de Paciente

Ficha de Identificación

Nombre completo:	Edad:	Sexo:
Número de Expediente:		Teléfono:
Domicilio:		

Datos de la Institución Receptora

Unidad a la que se refiere:
Servicio al que se envía:
Domicilio de la Unidad:
Nombre y cargo del responsable de la Unidad:

Motivo de la Referencia (Resumen clínico del Padecimiento)

Sello Institucional:

Nombre, Firma y Cédula Profesional
del Psicólogo que Refiere

Psicóloga:	Periodo mensual:
Consultorio:	
Cita, atención y seguimiento a pacientes	
Generar expedientes	
Orientación sobre el servicio que se brinda	
Referencias y lugar	
Psicóloga:	Periodo mensual:
Consultorio:	
Cita, atención y seguimiento a pacientes	
Generar expedientes	
Orientación sobre el servicio que se brinda	
Referencias y lugar	
Psicóloga:	Periodo mensual:
Consultorio:	
Cita, atención y seguimiento a pacientes	
Generar expedientes	
Orientación sobre el servicio que se brinda	
Referencias y lugar	

[illegible]

[illegible]





Planeación de actividades semanales

Semana Correspondiente (____ / ____ / ____ -- ____ / ____ / ____)

Programa: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Consultorio: _____

Día	Hora	Actividad/Paciente	Teléfono	Estado
Lunes	8:00 am			
	9:00 am			
	10:00 am			
	11:00 am			
	12:00 pm			
	1:00 pm			
	2:00 pm			
Martes	8:00 am			
	9:00 am			
	10:00 am			
	11:00 am			
	12:00 pm			
	1:00 pm			
	2:00 pm			
Miércoles	8:00 am			
	9:00 am			
	10:00 am			
	11:00 am			
	12:00 pm			
	1:00 pm			
	2:00 pm			
Jueves	8:00 am			
	9:00 am			
	10:00 am			
	11:00 am			
	12:00 pm			
	1:00 pm			
	2:00 pm			
Viernes	8:00 am			
	9:00 am			
	10:00 am			
	11:00 am			
	12:00 pm			
	1:00 pm			
	2:00 pm			

Psicólogo (a) responsable

Directora SMDIF Cortazar

El presente está sujeto a cambios de acuerdo a la disponibilidad de la agenda



REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Psicóloga/o asignado: _____

Psicología _____ Fecha: _____ Consultorio: _____

Núm. Ficha	Paciente	Costo
Pacientes atendidos:		Total:



Nota de evolución del servicio de atención psicológica a población abierta

No. De sesión:		
Nombre:		Edad:
Sexo:	Fecha de nacimiento:	Expediente:
Fecha de atención:		Hora:

SUBJETIVO
OBJETIVO
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN
PLAN

PATRÓN DE CONSUMO DE SUSTACIAS			
¿ACTUALMENTE CONSUME? SI NO	¿CUÁL O CUALES?	FECHA APROXIMADA DEL ÚLTIMO CONSUMO	CANTIDAD
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:			
PRONOSTICO:			

PROXIMA CITA:

Nombre y firma del personal a cargo de la atención

