



**FICHA DE INGRESO**  
CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR

**DATOS GENERALES**

FECHA DE REGISTRO	No. DE EXPEDIENTE	
NOMBRE		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		
EDAD	CURP	C.P.
DOMICILIO		COLONIA
TELEFONOS	CASA	MÓVIL
ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	

**ANTECEDENTES**

SERVICIOS MEDICOS CON QUE CUENTA
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS
TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA**


**QUIEN RECOMENDO EL SERVICIO**


CONCLUSION:
TERAPIA: FAMILIAR ( ) DE PAREJA ( ) INDIVIDUAL ( )
DERIVACION
CANALIZACION
ELABORADO POR



**PRIMERA ENTREVISTA**  
**CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR**

FECHA: _____	No. EXP. _____
NOMBRE: _____	
NOMBRE DEL PSICOTERAPEUTA: _____	
MOTIVO DE CONSULTA:	
SOLUCIONES INTENTADAS: _____	
GENOGRAMA: (Mínimo 3 generaciones estableciendo: alianzas, tipo de relaciones, triangulaciones, coaliciones, etc).	



PRIMERA ENTREVISTA  
CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:

OBSERVACIONES:

---

FIRMA DEL PSICOTERAPEUTA





CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR  
**CONSTANCIA DE INASISTENCIA**

En la ciudad de Tepatitlán de Morelos, Jalisco, siendo la: \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ la Lic. en Psicología \_\_\_\_\_

del Centro de Atención Especializada en Terapia Familiar **HACE CONSTAR** que hasta este momento en que se actúa no se presentó a su cita él (la) C. o la Familia:

ignorando las causas de su inasistencia, lo que se asienta para su debida constancia.

\_\_\_\_\_  
ATENTAMENTE  
LIC. PSIC.  
PSICOTERAPEUTA





FICHA DE INGRESO  
CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

EVALUACION INICIAL \_\_\_\_\_

¿CÓMO SE ENTERO DEL SERVICIO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PSICÓLOGO



FICHA CONCLUSIVA  
CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

EVALUACION INICIAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TOTAL DE SESIONES: \_\_\_\_\_

ALTA/BAJA: MOTIVOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PSICÓLOGO



PADRON DE BENEFICIARIOS

PROMOCION Y ATENCION DE LA SALUD PSICOLÓGICA PROYECTO: CENTROS DE ATENCION ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR. (CAETF)														
#	NOMBRE			EDAD/GÉNERO		CURP	No. DE SERVICIOS	TIPO DE ATENCIÓN F=FAMILIA I=INDIVIDUAL P=PAREJA	STATUS P=PRIMERA VEZ S=SEGUIMIEN TO A=ALTA B=BAJA C=CANALIZAC	DOMICILIO				
	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	M. MUJER	H. HOMBRE					CALLE O AVENIDA	No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA	MUNICIPIO
				M	H									
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL SMDIF DE TEPATITLAN DE MORELOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL CAETF



CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR

CONCENTRADO MENSUAL CORRESPONDIENTE AL MES DE:			
TOTAL DE FAMILIAS ATENDIDAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL NO. DE SERVICIOS



CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR  
ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Control de Asistencia

Expediente No. \_\_\_\_\_

Integrantes de la Familia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Psicólogo

\_\_\_\_\_  
Cuota de Recuperación \_\_\_\_\_

Inicio el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

MORELOS No. 340

ENTRE VALLARTA Y GONZÁLEZ HERMOSILLO

COLONIA CENTRO C.P. 47600

TEPATITLAN DE MORELOS, JALISCO

TELÉFONO: 01 378 78 22857 Fax: 01 378 78  
22857

