



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 (<u> </u>) DE PAREJA (<u> </u>) INDIVIDUAL (<u> </u>)
DERIVACION _____
CANALIZACION _____
ELABORADO POR _____



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

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

