CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR

FORMATOS OPERATIVOS: CAETF-TOTOTLÁN

FICHA DE INGRESO

DATOS GENERALES

FECHA DE REGISTRO: No. DE EXPEDIENTE:

NOMBRE:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

EDAD: CURP: R.F.C.:

DOMICILIO: COLONIA:

TELEFONOS: CASA: MÓVIL:

ESCOLARIDAD: OCUPACION:

ESTADO CIVIL:

ANTECEDENTES

SERVICIOS MEDICOS CON QUE CUENTA:

TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS:

TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS:

MOTIVO DE CONSULTA

QUIEN RECOMENDO EL SERVICIO

TERAPIA: FAMILIAR ( ) DE PAREJA ( ) INDIVIDUAL ( )
GRUPAL ( )

DERIVACION:

CANALIZACION:

ELABORADO POR:

TERAPEUTA ASIGNADO:

PRIMERA ENTREVISTA

FECHA: No. EXP.

NOMBRE:

NOMBRE DEL PSICOTERAPEUTA:

MOTIVO DE CONSULTA:

SOLUCIONES INTENTADAS:

GENOGRAMA. (Mínimo 3 generaciones estableciendo: alianzas, tipo de relaciones, triangulaciones, coaliciones, etc).

DIAGNOSTICO RELACIONAL:

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL TERAPEUTA FAMILIAR

HOJA DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE:

No. EXP | SESION No. | FECHA | HORA

AVANCES:

DIFICULTADES:

NOTA DE SESIÓN:

TAREAS:

NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA FAMILIAR