|  |
| --- |
| **FICHA DE INGRESO** |
| **DATOS GENERALES** |
| FECHA DE REGISTRO |  | No. DE EXPEDIENTE |   |
| NOMBRE |   |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO |   |
| EDAD |   | CURP |   | C.P. |   |
| DOMICILIO |   | COLONIA |   |
| TELEFONOS | CASA |   | MÓVIL |   |
| ESCOLARIDAD |   | OCUPACIÓN |   |
| ESTADO CIVIL |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **ANTECEDENTES** |
| SERVICIOS MEDICOS CON QUE CUENTA |   |
| TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS |   |
| TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS |   |
| **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 |
|   |
|
|
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL PACIENTE:  |   |
|   |
| No. EXP  |   | SESION No |   |  | FECHA |   |  | HORA |  |
|   |
| AVANCES: |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| DIFICULTADES: |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| NOTA DE SESIÓN: |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| TAREAS: |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |   |
|   | NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA FAMILIAR |

**HOJA DE SEGUIMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En el municipio de  |   |  Jal., siendo las  |   | del día |   | del mes de |
|   |  del año |   |  la (el) 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 la (él) C. o la Familia: |
|   |
| ignorando las causas de su inasistencia, lo que se asienta para su debida constancia. |
|   |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|  |   |  |
|  | ATENTAMENTE |  |
|  | TERAPEUTA FAMILIAR |  |

**CONSTANCIA INASISTENCIA**

**CONCLUSIVO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | FECHA DE INGRESO: |   |
|  | No. EXPEDIENTE: |   |
|  |
| NOMBRE: |   |
|   |
|  |
| MOTIVO DE ATENCIÓN: |   |
|   |
|   |
|   |
| EVALUACION FINAL: |   |
|   |
|   |
| FECHA DE EGRESO: |   |  | TOTAL DE SESIONES: |   |   |
|  |
|  |  |  |  |  | ALTA | ( ) | BAJA | ( ) |  |  |  |
| MOTIVOS:  |   |
|   |
|   |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE  |  | NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA FAMILIAR |

**RESUMEN**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONCENTRADO MENSUAL CORRESPONDIENTE AL MES DE:** |   |
| TOTAL DE FAMILIAS ATENDIDAS  | HOMBRES | MUJERES | NIÑAS / ADOLESCENTES | NIÑOS / ADOLESCENTES | TOTAL NO. DE SERVICIOS  |
|   |   |   |   |   |   |
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (domicilio de CAETF) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (calles con que cruza)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ATENCIÓN PSICOLÓGICA |
| (Colonia y c.p.) |  |  |
| (municipio)  |  | **CONTROL DE CITAS 1** |
| (telefonos y fax) |  |   | Expediente No. |   |
|  |  | Dirección |   |
| (HORARIO DE ATENCIÓN DEL CAETF) |  |  |  |
|  |  | Terapeuta Familiar |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Cuota de Recuperación |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Inicio el día |   | de |   | de | 201 |  |

**CONTROL DE CITAS 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORA** | **FIRMA PSICÓLOGO** |  | **FECHA** | **HORA** | **FIRMA PSICÓLOGO** |
|   |   |   |  |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |