

FICHA DE REGISTRO E INTERVENCIÓN PSICOLOGICA

Paciente

Fecha:

Nombre y
Apellidos:

Edad:

Estado Civil:

Género:

Dirección:

Móvil:

Email:

Ocupación:

Nivel Educativo:

Notas:

DATOS DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:

Relación con el
paciente:

Teléfono:

OBJETO DE CONSULTA

Descripción breve	Duración de los síntomas
-------------------	--------------------------

Queja principal de paciente y/o familiares	
<input type="checkbox"/> Sintomatología ansiosa <input type="checkbox"/> Distimia <input type="checkbox"/> Sintomatología depresiva <input type="checkbox"/> Fobias de Impulsión <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Deterioro Cognitivo <input type="checkbox"/> Violencia de Género <input type="checkbox"/> Sintomatología Psicótica y/o Paranoide	<input type="checkbox"/> Conducta disruptiva infantil <input type="checkbox"/> Mutismo selectivo infantil <input type="checkbox"/> Sospecha de TDAH <input type="checkbox"/> Cribaje TEA <input type="checkbox"/> Dependencia Emocional <input type="checkbox"/> Ludopatía <input type="checkbox"/> Otras adicciones <input type="checkbox"/> Autolesiones <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio

Eventos desencadenantes (si los hubiera)

Eventos desencadenantes (si los hubiera)
--

ANTECEDENTES

Enfermedades actuales:

Enfermedades previas:

Alergias:

Antecedentes familiares de enfermedad mental:

Consumo de sustancias (alcohol, drogas...)

Cirugías previas:

MEDICACIÓN ACTUAL

HISTORIAL PSICOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO

Diagnósticos previos:

Tratamientos anteriores (psiquiatría, psicoterapia, medicación):

Hospitalizaciones psiquiátricas (fechas, motivo...):

Intentos de suicidio o autolesiones:

EN CASO DE MENORES DE EDAD

Progenitores o Tutores

Nombre y Apellidos:

Nombre y Apellidos:

Nota: Debe adjuntarse documento de aceptación de intervención sobre menores de edad.

HISTORIAL FAMILIAR Y SOCIAL

Composición familiar (padres, hermanos, hijos, otros):	
Relaciones familiares (calidad, conflictos, apoyos):	
Relaciones sociales (pareja, amigos, otros):	
Antecedentes de violencia y/o abuso (familiar, laboral, sexual, otros):	

ASISTENCIA

Psicólogo/a que realiza la evaluación:	
Número de Colegiación:	
Tipo de Evaluación (estructurada, semi-estructurada o no estructurada):	
<input type="checkbox"/> Presencial	<input type="checkbox"/> OnLine

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL

Estado de ánimo:

Cognición (memoria, concentración, pensamientos intrusivos...):

Comportamiento (agitación, pasividad, compulsiones...):

Sueño (cantidad, calidad, pesadillas):

Alimentación (hábitos, cambios recientes, trastornos alimentarios):

Autoimagen y autoestima:

Otras observaciones:

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Objetivo principal:

Objetivo a corto plazo:

Objetivo a largo plazo:

COMPROMISO DEL PACIENTE

Expectativas:

Asistencia a sesiones y cumplimiento de tareas:

OBSERVACIONES GENERALES Y NOTAS DE SEGUIMIENTO