

FICHA DE REGISTRO E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

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	
<ul style="list-style-type: none"><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	<ul style="list-style-type: none"><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)

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