FORMATO DE EXPEDIENTE CLÍNICO PSICOLÓGICO

Conforme a la NOM-004-SSA3-2012 (numerales 5.2, 5.5, 5.10, 5.11 y 6.1)

Aviso de confidencialidad: la información de este expediente es confidencial (NOM-004-SSA3-2012, numerales 5.5 y 5.7, y Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares). Solo puede divulgarse con autorización escrita del paciente, de su tutor o representante legal, o por requerimiento de autoridad competente. Resguardar bajo llave o con contraseña; conservar como mínimo 5 años desde el último acto (numeral 5.4).

Datos del establecimiento (NOM-004-SSA3-2012, numeral 5.2)

Tipo de establecimiento: **Nombre del establecimiento:**

Domicilio del establecimiento:

Profesional responsable (nombre completo): **Cédula profesional:**

1. Ficha de identificación del paciente (numerales 5.2 y 6.1.1)

Nombre completo del paciente: **No. de expediente:**

Fecha de nacimiento: **Edad:** **Sexo:**

Domicilio (calle, número, colonia, municipio, estado, C.P.):

Teléfono: **Correo electrónico:**

Estado civil: **Ocupación:** **Escolaridad:**

Lugar de origen: **Lugar de residencia:**

Contacto en caso de urgencia: **Teléfono del contacto:**

Fecha de elaboración: **Hora:**

Referido por: **Motivo de la referencia:**

2. Motivo de consulta

En palabras del paciente (o de quien lo acompaña)

3. Descripción del problema actual

Inicio, duración, frecuencia e intensidad; factores desencadenantes y mantenedores; intentos previos de solución; impacto en la vida diaria

4. Historia personal

Área	Datos relevantes
Embarazo, parto y desarrollo psicomotor	
Infancia (dinámica, eventos significativos)	
Adolescencia	
Escolaridad y rendimiento	
Vida laboral	
Relaciones de pareja y sexualidad	
Red de apoyo y vida social	
Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias	
Antecedentes médicos relevantes y medicación actual	
Antecedentes psiquiátricos y tratamientos psicológicos previos	
Eventos traumáticos o pérdidas	

5. Historia familiar

Estructura y dinámica familiar; antecedentes familiares de trastornos mentales, consumo de sustancias o suicidio

Familiograma

6. Examen mental

Área	Observaciones
Apariencia, higiene y conducta	
Actitud ante la entrevista	
Conciencia y orientación (tiempo, lugar, persona)	

Área	Observaciones
Atención y concentración	
Memoria (inmediata, reciente, remota)	
Lenguaje (fluidez, coherencia, tono)	
Pensamiento (curso y contenido)	
Sensopercepción	
Afecto y estado de ánimo	
Juicio e introspección	
Riesgo suicida, autolesiones o heteroagresividad	

7. Instrumentos de evaluación aplicados

Fecha	Instrumento o prueba	Resultado e interpretación

8. Impresión diagnóstica

De acuerdo con CIE-10 / CIE-11 o DSM-5-TR; diagnóstico diferencial

Pronóstico

9. Plan terapéutico

Enfoque o modelo de intervención: **Modalidad (individual, pareja, familiar, grupal):**

Número estimado de sesiones: **Frecuencia:** **Duración por sesión:**

Objetivos terapéuticos (a corto, mediano y largo plazo)

Técnicas e intervenciones; interconsulta o referencia (psiquiatría, medicina, trabajo social)

Nombre completo y firma del psicólogo(a)	Cédula profesional	Fecha y hora
Nombre y firma del paciente o de quien autoriza	Parentesco (si aplica)	Fecha

Nota de sesión (nota de evolución, numeral 6.2)

Toda nota debe llevar fecha, hora, nombre completo y firma de quien la elabora (numeral 5.10); se redacta en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible y sin enmendaduras ni tachaduras (numeral 5.11).

Nombre completo del paciente: | **No. de expediente:** | **Sesión No.:**

Fecha: | **Hora de inicio:** | **Hora de término:**

Temas abordados y estado emocional observado

Técnicas e intervenciones aplicadas

Avances respecto a los objetivos; riesgo (si aplica)

Tareas y plan para la siguiente sesión

Nombre completo y firma del psicólogo(a) | Cédula profesional | Fecha y hora

Nombre completo del paciente: | **No. de expediente:** | **Sesión No.:**

Fecha: | **Hora de inicio:** | **Hora de término:**

Temas abordados y estado emocional observado

Técnicas e intervenciones aplicadas

Avances respecto a los objetivos; riesgo (si aplica)

Tareas y plan para la siguiente sesión

Nombre completo y firma del psicólogo(a)	Cédula profesional	Fecha y hora