



HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

Fecha:

--	--	--

1. Datos del paciente

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Afiliado N°:

Plan:

2. Fecha de inicio del tratamiento

3. Motivo de la consulta

4. Antecedentes personales

(Evolución. comienzo de la sintomatología, antecedentes familiares, tratamientos anteriores etc. Si tuvo a otro miembro de la familia en tratamiento, especifique, aclarando la fecha en que transcurrió)

5. Estado actual del paciente

6. Diagnóstico

7. Tiempo probable de atención y frecuencia mensual

Firma y sello del profesional