



HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ No. Expediente: _____

I. DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: hombre () mujer ()

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Escolaridad: _____ ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Estado civil: _____

II. DINÁMICA FAMILIAR

Tipo de familia: nuclear () extensa o consanguínea () Monoparental () Madre soltera ()
 padres separados ()

Número de miembros de la familia: _____ Disfunción familiar: Si () No ()

III. ANTECEDENTES DE DESARROLLO

Parto: natural () cesárea () dificultades: prenatales () perinatales ()

Desarrollo posnatal: normal () presente dificultades ()

Tipo de dificultades: Psicomotricidad () lenguaje () control de esfínteres () aprendizaje ()

Observaciones: _____

IV. HISTORIA DE VIDA



V. MOTIVO DE CONSULTA

VI. ELEMENTOS DE APOYO

VII. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

VIII. PLAN DE TRABAJO Y SUGERENCIAS

Psic. María Jovanna Hernández Ibarra.



IX. GENOGRAMA FAMILIAR

	Datos de los Familiares



Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Municipio de Colón
Administración 2018 - 2021

