

III. DATOS DEL RESPONSABLE / CUIDADOR PRINCIPAL (encargado de llevarlo a la clínica)

Nombre:		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre/s
Tipo de relación con el paciente:		
1. Familiar [] <i>especificar</i> _____ 2. Tutor/a [] 3. Responsable jurídico [] 4. Responsable institucional [] 5. Otro: [] <i>especificar</i> _____		
Domicilio:		
Calle y número		Colonia
C.P.	Delegación/Municipio	
Teléfono particular (con lada):		
Teléfono celular:		
E mail:		

IV. DELIMITACIÓN DEL CASO

4.1 Referido por:

4.2 Motivo de la consulta:

4.3 Atención previa si___ no___: Diagnóstico

Resultados

V. Expectativa del servicio de Psicología Educativa.

5.1. ¿Qué espera de esta atención psicoeducativa?

VI. HISTORIA DEL DESARROLLO

6.1. Antecedentes del desarrollo

6.2. Mencione aspectos relevantes de la o las áreas del desarrollo que estén relacionadas con el motivo de consulta (lenguaje, cognición, motricidad y/o socioafectiva):

6.3. Estado de salud actual

VII. ANTECEDENTES FAMILIARES

7.1 ¿Cuántos miembros integran la familia que viven con el usuario?

7.2. Mencione algún acontecimiento familiar relevante que se relacione con el motivo de la consulta

VIII. TRAYECTORIA ACADÉMICA

8. Mencione hechos relevantes en la vida académica del usuario, vinculados al motivo de la consulta

OBSERVACIONES:

Nombre y firma del Profesor Responsable:

Nombre del Estudiante Asignado:

Hora de inicio:

Hora de término:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



ANEXO 8. CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

Fecha: ____ / ____ / ____
 día mes año

No. Expediente:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre/s

Sexo:

1. Femenino []

2. Masculino []

Edad:

Instrucciones: Como Usuario/a del servicio de Psicología, es importante califique la calidad del servicio que recibió durante este tiempo. No hay respuestas buenas o malas.

0. ¿Cómo califica Usted la atención recibida por su terapeuta y co-terapeuta (alumno/a)?

- a. () Excelente
- b. () Buena
- c. () Regular

1. Considera que la información recibida fue:

- a. () Útil
- b. () Necesaria
- c. () Irrelevante

2. La comunicación con su terapeuta y co-terapeuta/s fue:

- a. () Fluida y de fácil acceso
- b. () Difícil y compleja

3. Considera que el motivo por el cual Usted acudió al servicio de psicología fue:

- a. () Resuelto
- b. () Parcialmente resuelto
- c. () No se resolvió
- d. () Empeoró

4. Usted considera que el tiempo que duró la terapia fue:

- a. () Suficiente
- b. () Insuficiente

5. Evalúe su grado de satisfacción en las sesiones de trabajo del servicio de psicología:

- a. () Muy satisfecho
- b. () Satisfecho
- c. () Regularmente satisfecho
- d. () Insatisfecho
- e. () Totalmente insatisfecho

6. Sus expectativas o lo que esperaba acerca de la terapia psicológica:

- a. () Se cumplieron
- b. () No se cumplieron

8. Dada su experiencia en el Servicio de Psicología ¿Cuáles son sus sugerencias / recomendaciones para mejorar este Servicio?

Nombre del Profesor Responsable: _____

Nombre del Estudiante Asignado: _____

Hora de Inicio / Término:

_____ / _____