



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES “ZARAGOZA”
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD**



HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

I. DATOS DE REFERENCIA

Fecha: ____ / ____ / ____
 día mes año

Clínica Universitaria de referencia:

1. Aurora [] 2. Benito Juárez [] 3. Estado de México [] 4. Los Reyes []
5. Nezahualcóyotl [] 6. Reforma [] 7. Tamaulipas [] 8. Zaragoza []
9. Otra: [] Mencione ¿cuál?

Domicilio:

Calle y número Colonia

C.P. Delegación/Municipio

Teléfono/s:

II. DATOS PERSONALES DEL USUARIO

Nombre:

Apellido paterno **Apellido materno** **Nombre/s**

CURP:

2. Mas

1. Soltero/a [1] 2. Casado/a [1] 3. Divorciado/a [1] 4. Viudo/a [1] 5. Unión libre [1]

I. Soltero/a [

- 1 Sin escolaridad [] 2. Preescolar [] 3.Primaria [] 4. Secundaria []
5. Bachillerato [] 6. Licenciatura [] 7. Otros estudios:

J. Bachill

1. Hogar /ama de casa [] 2. Comercio formal [] 3. Comercio informal []
4. Empleado/a [] 5. Obrero/a [] 6. Profesionista [] 7. Estudiante []
8. Otra:

Religión: Católica [1] 2. Cristiana [1] 3. Protestante [1] 4. Testigo de Jehová [1]

5. Ninguna [] 1 Otra: [] Menciona : ¿cuál?

En su religión Usted es: 1. Creyente [] 2. Practicante [] 3. Ambas []

En su tiempo

Calle y número Colonia

Delegación/Municipio

Teléfono particular (con lada):

Teléfono celular:

E-mail

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 [] especificar _____ 2. Tutor/a [] 3. Responsable jurídico [] 4. Responsable institucional [] 5. Otro: [] especificar _____		
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

V. Expectativa del servicio de Psicología Educativa.

5.1. ¿Qué espera de esta atención psicoeducativa?

VI. HISTORIA DEL DESARROLLO

6.1. Antecedentes del desarrollo

Debido a su carácter didáctico, este documento no podrá confirmar ningún diagnóstico por carecer de validez legal.

- 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:

_____ / _____