

HISTORIA CLÍNICA AMBULATORIA DE SALUD MENTAL

A – FECHA: ____/____/____

PROFESIONAL TRATANTE:

B – DATOS DEL/LA PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE..... DNI.....

FECHA DE NACIMIENTO...../...../..... CEL.....

DOMICILIO:..... ESTADO CIVIL.....

NIVEL DE ESTUDIOS:..... OCUPACIÓN

C – MOTIVO DE CONSULTA:

D – ANTECEDENTES PERSONALES

1. ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

2. TRATAMIENTOS PREVIOS:

3. INDICACIÓN DE PSICOFÁRMACOS:

MEDICACIÓN	DOSIS DIARIA

