

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Nombre del paciente:	Edad:
Sexo:	Fecha de nacimiento:
CURP / ID:	Fecha de elaboración:
Médico tratante:	Número de expediente:

I. MOTIVO DE CONSULTA

II. ENFERMEDAD ACTUAL

III. ANTECEDENTES PERSONALES

A. Heredofamiliares:

B. Patológicos:

C. Psiquiátricos:

D. Tóxicos y hábitos:

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

E. Gineco-obstétricos (si aplica):

F. Sociales y familiares:

IV. EXPLORACIÓN MENTAL

Elemento	Descripción
Apariencia general	
Actitud hacia el entrevistador	
Nivel de conciencia	
Orientación (tiempo/espacio)	
Lenguaje	
Afecto y estado de ánimo	
Pensamiento (forma y contenido)	
Percepción (alucinaciones)	
Cognición	
Juicio y crítica	
Insight (conciencia de enfermedad)	

V. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (CIE-10 / DSM-5)

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

VI. PLAN TERAPÉUTICO

VII. PRONÓSTICO

VIII. FIRMA DEL PROFESIONAL

Nombre completo del psiquiatra: _____

Cédula profesional: _____

Firma: _____