

# 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: \_\_\_\_\_