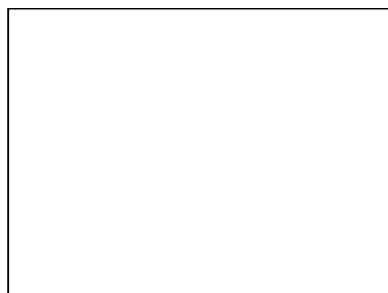




**PSIQUIATRÍA
SANTA CLARA**
Bienestar Integral

**FICHA MEDICA
CONSULTA EXTERNA**



Fecha de primer consulta

Motivo de
consulta

Referencia

Datos Personales

Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Edad		Fecha de nacimiento		Nacionalidad	
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		DPI		Pasaporte	
Dirección		Colonia		Zona	Municipio
Departamento		Originario de		Teléfonos	
Correo electrónico					
Vive con Padres ☐ Familia ☐ Parientes ☐ Pareja ☐ Solo ☐				Tiene Hijos SI ☐ NO ☐	
Estado civil Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado/separado ☐ Viudo ☐ Otros ☐					
Profesión Ingeniero Civil		Grado Académico		Ocupación	
Lugar de trabajo Empresa Teléfono Dirección					
En caso de emergencia comunicarse con Nombre Teléfono Parentesco					

Historial Médico

Padece alguna enfermedad crónica NO ☐ SI/Especifique	Toma algún medicamento NO ☐ SI/Especifique	
Padece alguna alergia NO ☐ SI/Especifique	Utiliza alguna prótesis NO ☐ SI/Especifique	
A convulsionado alguna vez NO ☐ SI/Especifique	Ultimo procedimiento quirúrgico Fecha	
Exámenes de laboratorio ó radiológicos Fecha Análisis realizados	Tipo de procedimiento	
	Ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico previamente	
	Fecha de último periodo menstrual	
Edad de primera menstruación	Cantidad de gestas	Cantidad de partos

Datos Familiares

	Teléfono	Ocupación
Padre		
Madre		
Hermanos		
Pareja		
Hijos		

Firma

