



CIUDAD DE MÉXICO

CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD

HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

FECHA:

DÍA

MES

AÑO

CLUES:

NOMBRE UNIDAD:

CURP:

TIPO DE PERSONAL:

CÉDULA PROFESIONAL:

NOMBRE DE LA O EL PRESTADOR DE SERVICIO:

PU013 SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS:

TIPO DE PERSONAL: 16. PSICÓLOGA(O), 17. RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA, 18. PSIQUIATRA, 19. MÉDICA(O) GENERAL HABILITADO PARA SALUD MENTAL, 24. MÉDICA(O) ESPECIALISTA HABILITADO PARA SALUD MENTAL, 25. LICENCIADA(O) EN GERONTOLOGÍA

SERVICIO: 1. ATENCIÓN A ADICCIONES, 2. ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER , 18. PRECONSULTA, 20. PSICOLOGÍA, 15. PAIDOPSIQUIATRÍA, 19. PSICOGERIATRÍA, 21. PSIQUIATRÍA, 60. GERONTOLOGÍA, 88. OTROS, GRATUIDAD, 99.1 SITUACIÓN DE CALLE

1. DERECHOHABILIENCIA: 1. NINGUNA, 2. IMSS, 3. ISSSTE, 4. PEMEX, 5. SEDENA, 6. SEMAR, 10. IMSS BIENESTAR, 11. ISSFAM, 14. Servicios de Salud IMSS BIENESTAR, 8. OTRA, 99. SE IGNORA

2. CLAVE DE LA EDAD: M. MESES, A. AÑOS

3. SEXO BIOLÓGICO: 1. HOMBRE, 2. MUJER, 3. INTERSEXUAL

4. MIGRANTE: 0. NO, 1. NACIONAL, 2. INTERNACIONAL, 3. RETORNADO

X: 0. NO, 1. SI, 2. NO SABE, 3. NO RESPONDE

Y: 0. NO, 1. SI

Z: 1. 1ER. NIVEL, 2. 2DO. NIVEL, 3. 3ER. NIVEL

RT (RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO): 0. PRIMERA VEZ, 1. SUBSECUENTE

5. DERIVACIÓN PRECONSULTA: 1. CONSULTA EXTERNA, 2. URGENCIAS, 3. DOMICILIO, 4. OTRA UNIDAD

6. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: 1. APLICACIÓN DE PRUEBAS, 2. CALIFICACIÓN DE PRUEBAS, 3. INTEGRACIÓN DE LA EVALUACIÓN, 4. ENTREGA DE RESULTADOS

7. PSICOTERAPIA: 1. INDIVIDUAL, 2. GRUPAL, 3. PAREJA, 4. FAMILIAR, 5. POSTVENCIÓN

8. SUSTANCIA DE CONSUMO: 1. ALCOHOL, 2. TABACO, 3. CANNABIS, 4. COCAÍNA, 5. METANFETAMINAS, 6. INHALABLES, 7. OPIáceOS, 8. ALUCINÓGENOS, 9. BENZODIACEPINAS, 10. OTROS

9. TIPO DE ATENCIÓN: 1. PRIMARIA, 2. COMORBILIDAD, 3. DETECTADO

10. TIPO DE CONSUMO: 1. EPISODIO ÚNICO DE CONSUMO NOCIVO, 2. CONSUMO PELIGROSO, 3. PATRÓN NOCIVO, 4. DEPENDENCIA

7. HABLAR/COMUNICARSE, 8. EMOCIONAL/MENTAL, 9. NINGUNA; b: 1. POCA DIFICULTAD, 2. MUCHA DIFICULTAD, 3. NO PUEDE HACERLO, 9. SIN DIFICULTAD; c: 1. ENFERMEDAD, 2. EDAD AVANZADA, 3. NACÍÓ ASÍ, 4. ACCIDENTE, 5. VIOLENCIA, 6. OTRA CAUSA, 9. SIN DIFICULTAD

E. EVALUACIÓN IMC: 1. OBESIDAD, 2. SOBREPESO, 3. NORMAL 4. BAJO PESO.

G. GÉNERO: 1. MASCULINO, 2. FEMENINO, 3. TRANSGENERO, 4. NO BINARIO, 5. TRANSEXUAL, 6. MUJER TRANSGÉNERO, 7. HOMBRE TRANSGÉNERO, 8. PERSONA TRANSGÉNERO FEMENINA NO BINARIA, 9. PERSONA TRANSGÉNERO MASCULINA NO BINARIA, 10. OTRO, 0. SE IGNORA

11. ÁMBITO DE VIOLENCIAS: 1. FAMILIAR, 2. COMUNITARIA, 3. COLECTIVA

12. TIPO DE VIOLENCIA: 1. PSICOLÓGICA, 2. FÍSICA, 3. PATRIMONIAL, 4. ECONÓMICA, 5. SEXUAL

13. COMPORTAMIENTO SUICIDA: 1. AUTOLESIÓN SIN RIESGO, 2. AUTOLESIÓN CON RIESGO, 3. IDEACIÓN, 4. INTENTO

14. CASO MÉDICO LEGAL: 1. USUARIO EN CONFLICTO CON LA LEY, 2. PROGRAMA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA

15. ESQUEMA DE VACUNACIÓN: 0. Esquema incompleto, 1. Esquema completo

16. TELECONSULTA / INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA: a) 0. NO, 1. SI; b) 1. USG, 2. ECG, 3. RAYOS X, 4. TOMOGRAFÍA, 5. RESONANCIA MAGNETICA, 6. MASTOGRAFÍA, 7. OTROS

17. MODALIDAD: 1. EN TIEMPO REAL, 2. DIFERIDA

SERVICO	DERECHOHABENCIA	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	EDAD Y CLAVE DE LA EDAD	SEXO BIOLÓGICO	GENERO	AFROMEXICANO	INDIGENA	MIGRANTE	PRIMERA VEZ EN LA UNEME	PRIMERA VEZ EN EL AÑO	MEDICIONES						RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO	CIE-10 DIAGNÓSTICO	DERIVACIÓN PRECONSULTA/TRIAGE	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	PSICOTERAPIA	PSICOEDUCACIÓN	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIAS		COMPORTAMIENTO SUICIDA	CASO MÉDICO LEGAL	PACIENTE EN REMISIÓN	CONSULTA INTEGRADA LÍNEA DE VIDA	PRESENTA CARTILA	ESQUEMA DE VACUNACIÓN	REFERIDO	CONTRAREFERIDO	UNIDAD CONSULTANTE	TELECONSULTA	MODALIDAD	FECHA PRÓXIMA CITA			
											PESO/TALLA	PRESIÓN ARTERIAL	CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	FRECUENCIA CARDÍACA Y RESPIRATORIA	TEMPERATURA	SATURACIÓN DE OXÍGENO							GLUCOSA Y AYUNO (SI/NO)	SUSTANCIA DE CONSUMO	TIPO DE ATENCIÓN	TIPO DE CONSUMO	ÁMBITO DE VIOLENCIAS													TIPO DE VIOLENCIA		
		1	FOLIO DE RECETA	EXPEDIENTE	2	3	G	X	X	4						Y	RT		5	6	7		8	9	10	11	12	13	14				15	21	Y		16	17				
												Peso	DIÁSTOLICA		CARDIACA																							a				
			CURP o Fecha de nacimiento y Entidad o País de nacimiento									Talla	SISTOLICA		RESPIRA-TORIA																							b				
			Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																							
												Peso	DIÁSTOLICA		CARDIACA																								a			
			CURP o Fecha de nacimiento y Entidad o País de nacimiento									Talla	SISTOLICA		RESPIRA-TORIA																									b		
			Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																							
												Peso	DIÁSTOLICA		CARDIACA																									a		
			CURP o Fecha de nacimiento y Entidad o País de nacimiento									Talla	SISTOLICA		RESPIRA-TORIA																									b		
			Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																							
												Peso	DIÁSTOLICA		CARDIACA																									a		
			CURP o Fecha de nacimiento y Entidad o País de nacimiento									Talla	SISTOLICA		RESPIRA-TORIA																									b		
			Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																							
												Peso	DIÁSTOLICA		CARDIACA																									a		
			CURP o Fecha de nacimiento y Entidad o País de nacimiento									Talla	SISTOLICA		RESPIRA-TORIA																									b		
			Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																							