GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD MENTAL

DIA | MES | AÑO

CLUES:	NOMBRE UNIDAD:	CURP O PAIS DE NACIMIENTO: NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO:	TIPO DE PERSONAL:	CÉDULA PROFESIONAL:		SERVICIO:

TIPO DE PERSONAL: **1**. PASANTE DE PSICOLOGÍA, **2**. PSICÓLOGO, **3**. RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA, 4. PSIQUIATRA, **5.** MÉDICO GENERAL HABILITADO PARA SALUD MENTAL**, 88.** OTROS

SERVICIO: **1.** ATENCIÓN A ADICCIONES, **2.** ATENCIÓN A LA VIOLENCIA, **18.** PRECONSULTA, **20.** PSICOLOGÍA, **15**. PAIDOPSIQUIATRÍA, **21**. PSIQUIATRÍA, **19**. PSICOGERIATRÍA, **22.** SERVICIO AMIGABLE, **60**. GERONTOLOGÍA, **88.** OTROS.

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

1. DERECHOHABIENCIA **1**.NINGUNA, **2**.IMSS, **3**.ISSSTE, **4**.PEMEX, **5**.SEDENA, **6**.SEMAR, **10**.IMSS BIENESTAR, **11.**ISSFAM, **13**.INSABI, **8**.OTRA, **15** GRATUIDAD, **16** SITUACIÓN DE CALLE, **99**.SE IGNORA

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

3. SEXO: **1.** HOMBRE, **2**. MUJER, **3.** INTERSEXUAL, **8.** SE IGNORA, **9**. NO ESPECIFICADO

4. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD) **a: 1**. VER, **2**. ESCUCHAR, **3.** CAMINAR, **4.** USAR BRAZOS / MANOS, **5**. APRENDER / RECORDAR, **6.** CUIDADO PERSONAL, **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.** NACIÓ ASÍ**, 4**. ACCIDENTE**, 5**. VIOLENCIA, **6**. OTRA CAUSA, **9**. SIN DIFICULTAD.

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

6. RESPUESTA 1. SI, **0.** NO

22. GÉNERO: 1. MASCULINO, **2.** FEMENINO, **3**. INTERSEXUAL, **4.** TRANSGÉNERO, **5.** MUJER TRANS, **6.** HOMBRE TRANS, **7.** PERSONA TRANS FEMENINA NO BINARIA **8.** PERSONA TRANS MASCULINA NO BINARIA, **9.** OTRO, **10**. SE IGNORA

No.	DERECHOHABIENCIA	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			EDAD Y CLAVE DE LA EDAD	SEXO	GÉNERO	AFROMEXICANO	INDÍGENA	MIGRANTE	SERVICIOS MEDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS	MEDICIONES: PESO / TALLA		PRESIÓN ARTERIAL	CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	FRECUENCIA CARDIACA Y RESPIRATORIA		TEMPERATURA	SATURACIÓN DE OXÍGENO	GLUCOSA Y AYUNO (SI/NO)	PRIMERA VEZ EN EL AÑO	DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD)	RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO	DIAGNÓSTICO		DERIVACIÓN PRECONSULTA	ENTREVISTA	ESTUDIOS PSICOMÉTRICOS	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	ATENCIÓN POR ADICCIONES											ESTUDIO PSICODIAGNÓSTICO	PACIENTE EN REMISIÓN	PROMOCIÓN DE LA SALUD		REFERIDOS	CONTRAREFERIDOS	UNIDAD CONSULTANTE TELEMEDICINA	FECHA DE PRÓXIMA CITA
																														ALCOHOL	TABACO	CANNABIS	COCAINA	METANFETAMINAS	INHALABLES	OPIÁCEOS	ALUCINÓGENOS	TRANQUILIZANTES	OTRAS SUBSTANCIAS PSICOADICTIVAS				CONSULTA INTEGRADA LÍNEA DE VIDA	PRESENTA CARTILLA					
	1	No. DE SEG. SOCIAL	FOLIO DE RECETA	EXPEDIENTE	2	3	22					PESO	SISTÓLICA			CARDÍACA	a						4	RT		5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6					
												TALLA	DIASTÓLICA			RESPIRATORIA	b								1a VEZ																					
		CURP O FECHA DE NACIMIENTO Y ENTIDAD DE NACIMIENTO															c								1a VEZ																					
		NOMBRE (NOMBRE (S). PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO)																																												
												PESO	SISTÓLICA			CARDÍACA	a																																		
		CURP O FECHA DE NACIMIENTO Y ENTIDAD DE NACIMIENTO										TALLA	DIASTÓLICA			RESPIRATORIA	b								1a VEZ																					
		NOMBRE (NOMBRE (S). PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO)															c								1a VEZ																					
												PESO	SISTÓLICA			CARDÍACA	a																																		
		CURP O FECHA DE NACIMIENTO Y ENTIDAD DE NACIMIENTO										TALLA	DIASTÓLICA			RESPIRATORIA	b								1a VEZ																					
		NOMBRE (NOMBRE (S). PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO)															c								1a VEZ																					
												PESO	SISTÓLICA			CARDÍACA	a																																		
		CURP O FECHA DE NACIMIENTO Y ENTIDAD DE NACIMIENTO										TALLA	DIASTÓLICA			RESPIRATORIA	b								1a VEZ																					
		NOMBRE (NOMBRE (S). PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO)															c								1a VEZ																					
												PESO	SISTÓLICA			CARDÍACA	a																																		
		CURP O FECHA DE NACIMIENTO Y ENTIDAD DE NACIMIENTO										TALLA	DIASTÓLICA			RESPIRATORIA	b								1a VEZ																					
		NOMBRE (NOMBRE (S). PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO)															c								1a VEZ																					
												PESO	SISTÓLICA			CARDÍACA	a																																		
		CURP O FECHA DE NACIMIENTO Y ENTIDAD DE NACIMIENTO										TALLA	DIASTÓLICA			RESPIRATORIA	b								1a VEZ																					
		NOMBRE (NOMBRE (S). PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO)															c								1a VEZ																					