

**HISTORIAL CLÍNICO**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono (padres/tutor): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Qué institución los canalizó? \_\_\_\_\_ Seguro médico: \_\_\_\_\_

¿El adolescente acude o ha acudido a algún servicio psicológico en otra institución y/o particular? \_\_\_\_\_

¿A dónde? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**INTEGRANTES DE LA FAMILIA**

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN E INGRESO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	VIVE EN EL MISMO HOGAR QUE EL PACIENTE
	Mamá					
	Papá					

**ANTECEDENTES PRENATALES**

Edad de la madre al embarazarse: \_\_\_\_\_ Edad que tenía el padre: \_\_\_\_\_ ¿Fue un embarazo planeado? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Padeció alguna enfermedad importante durante el embarazo? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Durante el embarazo: A) Fumó  B) Usó drogas  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ C) Consumió alcohol 

Estado emocional durante el embarazo (y observaciones): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERINATALES

¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna complicación durante el parto? \_\_\_\_\_

¿Le hicieron el TAMIZ?    A) Sí    B) No    ¿Cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES POST-NATALES

A qué edad:

Se sentó sin ayuda: \_\_\_\_\_ Gateó: \_\_\_\_\_ Caminó: \_\_\_\_\_ Habló: \_\_\_\_\_

Dejó de consumir leche materna: \_\_\_\_\_ Dejó el biberón: \_\_\_\_\_ Dejó el pañal: \_\_\_\_\_ Leyó: \_\_\_\_\_

Escribió: \_\_\_\_\_

Presenta Encopresis: \_\_\_\_\_ Enuresis: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE CONDUCTA SEXUAL

\_\_\_\_\_ Ha recibido información sexual en su casa (familia).

\_\_\_\_\_ Muestra interés por temas sexuales.

\_\_\_\_\_ Edad aparente de las primeras informaciones.

\_\_\_\_\_ Duerme en el mismo cuarto de la madre y el padre.

\_\_\_\_\_ Duerme en el mismo cuarto de las y los hermanos.

\_\_\_\_\_ Tiene actividad sexual (aparente).

**ENFERMEDADES FAMILIARES** (ya diagnosticadas o antecedentes familiares).

\*Cáncer, diabetes, artritis, alergias, colitis, gastritis, migrañas, depresión, ansiedad, alcoholismo, drogadicción, etc.\*

**EVENTOS SIGNIFICATIVOS.**

\*Muertes, accidentes, enfermedades, cambios de ciudad, separaciones familiares, etc.\*

**MOTIVO DE CONSULTA.**

---

---

---

---

---

**OBSERVACIONES.**

---

---

---

---

---

RIESGO DEL CASO: BAJO  MEDIO  ALTO

---

**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREVISTA**