



Ficha de Emergencia Psiquiátrica

Nombre y Apellido:..... N° Historia Clínica:.....

Fecha:/...../..... Hora: : DNI:..... Obra Social:.....

Edad:..... Fecha de Nacimiento:/...../..... Estado Civil:.....

Domicilio:.....

Motivo de Consulta:.....

Antecedentes de Patología Psiquiátrica:.....

Duración de la Molestia:.....

Tratamiento Psiquiátricos Recibidos:.....

Enfermedades Somáticas Concomitantes:.....

• Como concurre al Servicio de Emergencia:

Voluntaria ☐

Involuntaria ☐

Fue orientado por:.....

Si mismo Médico de Guardia del Hospital Regional:.....

Hospital del Interior Otras Autoridades (Policía, Juez, M.A.S.):.....

Psiquiatra Privado Pareja ☐ Familiares ☐ Vecinos ☐

Acompañante: Nombre y Apellido:.....

Parentesco:..... Tel.:.....

Domicilio:.....



CENTRO DE SALUD MENTAL

Resumen de molestia actual (Descripción Psicopatológica)

.....

.....

.....

Diagnostico de Síndrome:.....

.....

.....

Rasgos de Personalidad Predominante:.....

.....

.....

Diagnostico de Conflictos:.....

.....

.....

Diagnostico Nosológico (de presunción) ICD-10:.....

.....

.....

Tratamientos y prácticas a realizar:.....

.....

.....

.....

Médico de Guardia