



F-5

FICHA DE INGRESO

DATOS GENERALES

FECHA DE REGISTRO	No. DE EXPEDIENTE		
NOMBRE			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			
EDAD	CURP	C.P.	
DOMICILIO			COLONIA
TELEFONOS	CASA	MÓVIL	
ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN		
ESTADO CIVIL			

ANTECEDENTES

SERVICIOS MEDICOS CON QUE CUENTA	
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	
TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS	

MOTIVO DE CONSULTA

QUIEN RECOMENDO EL SERVICIO

TERAPIA:	FAMILIAR ()
	GRUPAL ()
DERIVACION	
CANALIZACION	
ELABORADO POR	
TERAPEUTA ASIGNADO	



F-6

PRIMERA ENTREVISTA

FECHA: _____ No. EXP. _____

NOMBRE: _____

NOMBRE DEL TERAPEUTA: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

Empty lines for notes or details.

SOLUCIONES INTENTADAS:

Empty lines for notes or details.

GENOGRAMA: (Mínimo 3 generaciones estableciendo: alianzas, tipo de relaciones, triangulaciones, coaliciones, etc).

Large empty box for drawing the genogram.



HIPOTESIS RELACIONAL:

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL
TERAPEUTA



Trabajo Social

Terapeuta



F-8

CONCLUSIVO

FECHA DE INGRESO: _____
No. EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

MOTIVO DE ATENCIÓN: _____

EVALUACION FINAL: _____

FECHA DE EGRESO: _____ TOTAL DE SESIONES: _____

ALTA () BAJA ()

MOTIVO: _____

COORDINADOR CAETF _____



NOMBRE Y FIRMA DE LA
USUARIA (O)

F-2

NOMBRE Y FIRMA DEL
TERAPEUTA



(domicilio de CAETF)

(calles con que cruza)

(Colonia y c.p.)

(municipio)

(teléfonos y fax)

(HORARIO DE ATENCIÓN DEL CAETF)



CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Expediente No. _____

Dirección _____

Terapeuta: _____

Cuota de
Recuperación _____

Inició
el día: _____ de _____

CONTROL DE CITAS 1



F-2

FECHA	HORA	FIRMA TERAPEUTA

FECHA	HORA	FIRMA TERAPEUTA

CONTROL DE CITAS 2