

CUESTIONARIO PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Se solicita que el diligenciamiento del cuestionario sea por el psicólogo o psiquiatra tratante

Nombre:	Documento:	Edad:									
1. Diagnóstico establecido											
2. Especialista a cargo PSICÓLOGO <input type="checkbox"/> PSIQUIATRA <input type="checkbox"/>											
3. Indique la fecha de inicio de los síntomas y los síntomas, además de la duración											
4. ¿Hay algún detonante asociado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ESTRÉS <input type="checkbox"/> SITUACIÓN FAMILIAR <input type="checkbox"/> AMBIENTE LABORAL <input type="checkbox"/> PANDEMIA <input type="checkbox"/>											
5. ¿Cada cuánto tiene control? ¿Cuántos controles lleva a la fecha?											
6. ¿Cómo caracteriza usted el problema? A. Reacción a situación aguda en una personalidad básicamente sana <input type="checkbox"/> B. Trastorno de personalidad o emocional con adaptación regular en la mayoría de las áreas <input type="checkbox"/> C. Trastorno de personalidad o emocional con adaptación menos adecuada en algunas áreas <input type="checkbox"/> D. Trastorno de personalidad o emocional con mala adaptación en algunas áreas <input type="checkbox"/> E. Trastorno de personalidad o emocional con mala adaptación en algunas áreas o dificultad en muchas áreas <input type="checkbox"/> F. Trastorno emocional grave con poca o ninguna adaptación en una o más áreas cruciales de funcionamiento <input type="checkbox"/>											
7. Describa el tratamiento: psicoterapia y/o tratamiento farmacológico (Nombre - Dosis - Frecuencia)											
8. ¿Ha requerido hospitalización? Refiera fecha, lugar y duración											
9. ¿Ha tenido incapacidad por su patología? Mencione fecha y duración											
10. ¿Antecedentes de ideas suicidas? ¿Intento de suicidio? ¿Uso o abuso de alcohol o sustancias tóxicas?											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" data-bbox="69 907 816 934">LUGAR Y FECHA</th> <th data-bbox="816 907 1572 1011" rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">FIRMA Y REGISTRO MÉDICO</th> </tr> <tr> <td data-bbox="535 960 613 1011" style="width: 25%; text-align: center;">Día</td> <td data-bbox="613 960 686 1011" style="width: 25%; text-align: center;">Mes</td> <td data-bbox="686 960 816 1011" style="width: 25%; text-align: center;">Año</td> <td data-bbox="535 934 816 960" style="width: 25%;"></td> </tr> </thead> </table>			LUGAR Y FECHA				FIRMA Y REGISTRO MÉDICO	Día	Mes	Año	
LUGAR Y FECHA				FIRMA Y REGISTRO MÉDICO							
Día	Mes	Año									