



FICHA DE INGRESO PACIENTES MENTAL MED

A continuación encontrará un cuestionario acotado en relación a sus datos de contacto y antecedentes médicos generales. Contéstelo lo mejor que pueda y entréguelo personalmente a quien lo atienda por primera vez en la consulta. Estos datos corresponden a información médica sensible, protegida por la ley de derechos y deberes de los pacientes por lo que su contenido no será divulgado y será utilizado en forma exclusiva como parte del proceso diagnóstico y de tratamiento que comenzará.

Si usted ha encontrado este cuestionario por accidente, le solicitamos por favor destruirlo ya que su contenido es privado y está protegido por ley.

1. Datos de contacto

Nombre			
RUT		Edad	
Fecha de Nacimiento		Estado Civil	
Telefono Fijo		Celular	
Correo Electrónico			
Dirección			
Profesión		Ocupación	

2. Contacto de emergencia

(Estos datos de contacto serán utilizados sólo en caso de emergencia o con su consentimiento. Le recordamos que por ley no podemos compartir información clínica de usted sin su consentimiento. En caso de que el paciente sea menor de edad, se solicitan los datos de su tutor legal)

Nombre			
RUT		Parentesco	
Telefono Fijo		Celular	
Correo electrónico			
Dirección			

4. Datos médicos relevantes

Antecedentes médicos (cualquier diagnóstico que recuerde que se le ha hecho con anterioridad, de patologías no relacionadas con salud mental. Incluya en esta sección ALERGIAS)

Diagnostico	Año del diagnóstico	Medico Tratante	Observaciones

Antecedentes quirúrgicos (cualquier cirugía a la que haya sido sometido)

Cirugía	Año de cirugía	Médico tratante	Observaciones

Antecedentes psiquiátricos

Diagnóstico	Año del diagnóstico	Médico tratante	Se encuentra en tratamiento actualmente?

Medicamentos (indíquenos qué medicamentos y en qué dosis los toma)

Medicamento	Dosis	Tiempo de Tratamiento



Otros tratamientos (*marque los tratamientos que ha recibido en algún momento de su vida*)

- ☐ Psicoterapia individual
- ☐ Terapia ocupacional
- ☐ Terapia de pareja
- ☐ Terapia familiar
- ☐ Terapia de grupo
- ☐ Otros _____

Muchas gracias por su tiempo. La información proporcionada será de gran ayuda para su tratamiento,

Equipo Mental Med