

[TU LOGO]

[Nombre de la consulta o clínica]

[Dirección] · [Teléfono] · [Email] · [Web]

Centro sanitario n.º [Registro] · [Nombre profesional] · Col. n.º [N.º colegiado]

KIT DE GESTIÓN DE CONSULTA · 01

Historia clínica psicológica

Expediente n.º [000] · Fecha de apertura: [dd/mm/aaaa] · Profesional responsable: [Nombre y apellidos]

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento
DNI / NIE	Edad
Teléfono	Email
Dirección	Estado civil
Ocupación / estudios	Convivencia
Derivado/a por	Modalidad ☐ Presencial ☐ Online ☐ Domicilio

Si el paciente es menor de edad, completa también:

Progenitor/tutor 1	Teléfono
Progenitor/tutor 2	Teléfono
Patria potestad ☐ Compartida ☐ Exclusiva	Centro escolar / curso

2. MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de consulta en palabras del paciente

Recoge literalmente cómo lo expresa la persona.

Demanda y expectativas

¿Qué espera conseguir? ¿Por qué consulta ahora?

3. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Inicio y evolución

Desencadenantes

[TU LOGO]

[Nombre de la consulta o clínica]

[Dirección] · [Teléfono] · [Email] · [Web]

Centro sanitario n.º [Registro] · [Nombre profesional] · Col. n.º [N.º colegiado]

Frecuencia, intensidad y duración	
Factores que lo mantienen o alivian	
Interferencia en la vida diaria	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave Áreas: ☐ Laboral/académica ☐ Familiar ☐ Social ☐ Pareja
Tratamientos previos y resultado	

4. ANTECEDENTES

Personales psicológicos / psiquiátricos	
Médicos relevantes	
Medicación actual (fármaco y dosis)	
Consumo de sustancias	☐ Alcohol ☐ Tabaco ☐ Cannabis ☐ Otras: Frecuencia:
Antecedentes familiares de salud mental	
Desarrollo (infancia y adolescencia)	
Acontecimientos vitales significativos	

5. ÁREA SOCIOFAMILIAR Y ESTILO DE VIDA

Familia y relaciones	
Red de apoyo social	
Situación laboral / académica	
Sueño, alimentación y actividad física	
Ocio e intereses	

6. VALORACIÓN DEL RIESGO

Indicador	No	Sí	Observaciones
Ideación suicida	☐	☐	
Plan o intentos previos	☐	☐	
Autolesiones	☐	☐	
Riesgo para terceros	☐	☐	
Situación de violencia o desprotección	☐	☐	

Si existe riesgo, documenta el plan de seguridad, los contactos de emergencia y las derivaciones realizadas (024 · 112).

7. EVALUACIÓN

Fecha	Prueba / instrumento	Puntuación	Interpretación

Observación clínica (aspecto, conducta, lenguaje, afecto, pensamiento, orientación)

8. FORMULACIÓN Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Formulación del caso

Factores predisponentes, precipitantes, mantenedores y protectores.

Orientación diagnóstica (CIE-11 / DSM-5-TR)

Diagnóstico diferencial

9. PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo terapéutico	Técnicas / enfoque	Indicador de logro
1.		

[TU LOGO]

[Nombre de la consulta o clínica]

[Dirección] · [Teléfono] · [Email] · [Web]

Centro sanitario n.º [Registro] · [Nombre profesional] · Col. n.º [N.º colegiado]

Objetivo terapéutico	Técnicas / enfoque	Indicador de logro
2.		
3.		

Frecuencia y duración estimadas	
Coordinación con otros profesionales	
Fecha de revisión del plan	

10. CIERRE DEL CASO

Fecha de alta	
Motivo	☐ Objetivos alcanzados ☐ Abandono ☐ Derivación ☐ Otro: []
Recomendaciones al alta	

Conservación: la historia clínica debe conservarse al menos 5 años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial (Ley 41/2002, art. 17), o el plazo mayor que fije tu comunidad autónoma. Guárdala con acceso restringido.

Firma del/de la profesional · [Nombre] · Col. n.º [N.º colegiado]