



Código único de Ficha _____

Fecha de notificación _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/DISA/DIRESA/GERESA Establecimiento de Salud
 Nivel de atención Fecha de atención

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES 2. N° H. Clínica
 3. Fecha de Nacimiento 4. Teléfono 5. Celular (apoderado) 6. N° DNI
 7. Dirección Actual 8. Departamento
 9. Provincia 10. Distrito 11. Edad 12. Sexo F M 13. Seguro de salud: Si () No () 14. Tipo de Seguro
 15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres Hermanos Pareja Abandono Social Otros Especificar
 16. Grado de Instrucción Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico 17. Ocupación
 18. Gestante: Si No Edad Gestacional 19. Puérpera Si No Semanas Postparto

III. DATOS DEL EVENTO

1. Criterios diagnósticos

Ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días () Pérdida de energía () Menoscabo del funcionamiento personal, social y laboral ()
 Pérdida de interés en las cosas que antes le gustaban () Ideación suicida () Intento suicida ()

2. DIAGNÓSTICO :

ED moderado s/síntoma somático F32.1 () ED moderado c/síntoma somático F32.1 ()
 ED grave s/síntomas psicóticos F32.2 () ED grave c/síntomas psicóticos F32.3 ()

IV. CONDICIONES DE RIESGO:

1. Comorbilidad Enfermedad cardiovascular () Artritis/Artrosis () Asma () VIH/SIDA () TBC () Trastorno Neurológico ()
 Cáncer ()

Trastorno Endocrinológico () Especifique: _____ Trastorno Mental () Especifique: _____

2. Antecedentes familiares:

Con Trastornos Depresivos () Con Trastornos Mentales () Especifique: _____

3. Estresores Sociales:

Periodo de duelo () Violencia: Escuela () Laboral () Familiar () Tipo de Violencia: Física () Psicológica () Sexual () Negligencia ()

V. SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 6 MESES

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Sí () No ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico:

Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:

Consulta médica () Intervención individual ()
 Intervención familiar () Psicoterapia individual ()
 Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: Sí () No ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personal/ familiares:

Totalmente Parcialmente

2.2. Realiza actividades laborales

Totalmente Parcialmente

2.3. Realiza actividades sociales

Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN Favorable () Desfavorable ()

Alta () Abandono ()

Pérdida de seguimiento ()

4. CONDUCTA SUICIDA Ideación suicida No () Sí ()

Intento suicida No () Sí ()

N° de veces: _____ Fecha del último Intento: _____

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 2 AÑOS

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Sí () No ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico:

Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:

Consulta médica () Intervención individual ()
 Intervención familiar () Psicoterapia individual ()
 Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: Sí () No ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personal/ familiares:

Totalmente Parcialmente

2.2. Realiza actividades laborales

Totalmente Parcialmente

2.3. Realiza actividades sociales

Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN Favorable () Desfavorable ()

Alta () Abandono ()

Pérdida de seguimiento ()

4. CONDUCTA SUICIDA Ideación suicida No () Sí ()

Intento suicida No () Sí ()

N° de veces: _____ Fecha del último Intento: _____