



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. ANTECEDENTES**

1. Problemas perinatales Asfixia severa  Prematuridad  Infección  Calda brusca  Bajo peso al nacer

2. Antecedente familiar con trastornos psiquiátricos o problemas psicosociales Si  No  Especificar: \_\_\_\_\_

3. Tipo de Violencia: Ninguna  Físico  Sexual  Psicológico  Negligencia

4. Consumo de sustancias psicoactivas Alcohol  Tabaco  Marihuana  PBC  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_

**IV. CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO**

1. Signo y síntomas presentes:  
 Síntomas negativos  Síntomas positivos  Conducta suicida (Ideación / Intento)  Conducta heteroagresiva (Ideación / Intento)

2. Factores psicosociales  
 Problemas con los padres  Problemas por bajo rendimiento en los estudios  Problemas en el trabajo  Problemas económicos   
 Problemas por separación de padres  Problemas con su salud física  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_

**V. SEGUIMIENTO (a los 6 meses)**

1. Diagnóstico de Salud Mental - Comorbilidad  
 Esquizofrenia  Episodio Depresivo  Trastorno de personalidad  Abuso de sustancias  Otros  Especificar: \_\_\_\_\_

2. Disposición Terapéutica  
 2.1 ¿Cumplió con el tratamiento indicado? Si  No  2.2. Tratamiento Farmacológico Regular  Irregular  Abandono

2.3. Número de sesiones por tipo de intervención:  
 Consulta médica ( ) Intervención Individual ( ) Intervención familiar ( )  
 Psicoterapia individual ( ) Consulta psicológica ( ) Visita familiar integral ( )

2.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud Si  No

**3. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS**

Realiza actividades Personal/familiares: Totalmente  Parcialmente   
 Realiza actividades labores: Totalmente  Parcialmente   
 Realiza actividades sociales: Totalmente  Parcialmente

**3. EVOLUCIÓN**

Favorable  Estacionaria  Desfavorable  Abandono del tratamiento  Alta  Pérdida de Seguimiento

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA  
LA FICHA DE REGISTRO