



FM

Folio: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL CLÍNICO.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Qué institución les refiere? \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Estoy de acuerdo con asistir a consulta? A) SÍ B) NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### AREA PERSONAL:

Señas particulares o tatuajes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rutina diaria: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Metas:

Corto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mediano: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Largo plazo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué haces para divertirte? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué emoción predomina mi personalidad? ¿Por qué?

**Miedo**

**Alegría**

**Tristeza**

**Enojo**

**Amor**

Observaciones:

ÁREA FAMILIAR:

¿Con quién vives?: \_\_\_\_\_

¿Existen reglas claras en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia las cumples?: A) SIEMPRE B) ALGUNAS VECES C) NUNCA ¿POR QUÉ?: \_\_\_\_\_

(IDENTIFICAR A LA FIGURA DE AUTORIDAD)

¿Qué consecuencia hay cuando no cumples las reglas?: \_\_\_\_\_

ÁREA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

Cuando te portas mal o no obedeces, ¿cómo te llaman la atención?: \_\_\_\_\_

Cuando te castigan, ¿cómo lo hacen?: \_\_\_\_\_

¿Quién te corrige o castiga?: \_\_\_\_\_

¿Entre los integrantes de tu familia existen peleas fuertes? A) SÍ B) NO

¿Entre quienes?: \_\_\_\_\_

¿De qué forma son esas peleas?: \_\_\_\_\_

Cuando discuten en casa, en alguna ocasión se ha presentado:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empujones                     | <input type="checkbox"/> Mordidas  |
| <input type="checkbox"/> Jalones o sacudidas           | <input type="checkbox"/> Quemaduras  |
| <input type="checkbox"/> Rasguños                      | <input type="checkbox"/> Cachetadas  |
| <input type="checkbox"/> Puñetazos                     | <input type="checkbox"/> Patadas   |
| <input type="checkbox"/> Ahorcamiento                  | <input type="checkbox"/> Golpes utilizando objetos como: Palos, cintos, mangueras, trastes, etc. |
| <input type="checkbox"/> Apuñaladas                    | <input type="checkbox"/> Amenazas  |
| <input type="checkbox"/> Disparos                      | <input type="checkbox"/> Otros   |
| <input type="checkbox"/> Insultos y frases denigrantes |  |

¿Con qué frecuencia se presentan estas situaciones en tu familia?

- A) Muy frecuente      B) Frecuente      C) Poco frecuente

¿Algunos de los miembros de tu familia ha requerido ser hospitalizado por este tipo de problemas?

A) SÍ B) NO      ¿QUIÉN?      ¿POR QUÉ?

¿HAN SOLICITADO AYUDA? A) SÍ      B) NO      ¿A QUIÉN?

ADICCIONES:

¿Alguna vez has consumido drogas? A) SÍ B) NO

¿Actualmente las sigues consumiendo? A) SÍ B) NO ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?

¿Qué tipo de droga has consumido?

ANTECEDENTES DE CONDUCTA SEXUAL:

¿Has recibido educación sexual en casa? A) SÍ B) NO

¿Qué información has recibido?: \_\_\_\_\_

¿Ya iniciaste tu vida sexual? ¿a qué edad?: \_\_\_\_\_

Tu inicio de vida sexual fue de forma voluntaria? A) SÍ B) NO

¿Cuántas parejas sexuales has tenido? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido relaciones o interacciones sexuales con personas de tu mismo sexo? \_\_\_\_\_

¿Has tenido alguna experiencia sexual desagradable? A) SÍ B) NO

¿Cuál fue esa experiencia?: \_\_\_\_\_

Observaciones:

## EN LA AUTOEXPLORACIÓN:

- \_\_\_\_\_ Muestra interés por temas sexuales.
- \_\_\_\_\_ Ha recibido información sexual en su casa (familia).
- \_\_\_\_\_ Ha recibido información sexual en la escuela.
- \_\_\_\_\_ Ha recibido información de sus amigos.
- \_\_\_\_\_ Edad aparente de las primeras informaciones.
- \_\_\_\_\_ Duerme en el mismo cuarto de la madre y el padre.
- \_\_\_\_\_ Duerme en el mismo cuarto de las y los hermanos.
- \_\_\_\_\_ Tiene actividad sexual (aparente).
  - No (no sé).
  - Juegos genitales.
  - Se masturba.
  - Juegos heterosexuales.
  - Juegos homosexuales.
  - Vida sexual activa con protección.
  - Vida sexual activa sin protección.

## ENFERMEDADES FAMILIARES (ya diagnosticadas o antecedentes familiares).

\*Cáncer, diabetes, artritis, alergias, colitis, gastritis, migrañas, depresión, ansiedad, alcoholismo, drogadicción, etc.\*

## EVENTOS SIGNIFICATIVOS.

\*Muertes, accidentes, enfermedades, cambios de ciudad, separaciones familiares, etc.\*