



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. Puerpera Si No Semanas Postparto _____

III. ANTECEDENTES

1. Problemas perinatales Asfixia severa Prematuridad Infección Caída 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