



### COMPROMISOS PARA LA CONSULTA PSICOLÓGICA



Usuario del servicio CAADIC, siendo las \_\_\_\_\_ hrs., del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, me comprometo a lo siguiente:

- a) Llegar 10 min. antes de la cita.
- b) Pagar la consulta antes de entrar al consultorio, y mostrar el recibo al psicólogo@.
- c) Avisar con anticipación mínima de 01 día, que no podrá asistir a la consulta (si no avisa pagará su sesión).
- d) Si falta una sesión sin avisar, será acreedor a baja.
- e) En caso de que cancele dos sesiones de manera consecutiva, tendrá que pagar una sesión
- f) Asistir sin falta a las primeras 4 ó 5 sesiones para la elaboración de un mejor diagnóstico.
- g) En caso de que el psicólogo@ no proporcione de manera puntual su sesión podrá expresar su queja al personal administrativo para que se tomen las medidas pertinentes.

Así mismo él o la terapeuta se compromete a lo siguiente:

- a) Ser puntual para iniciar y finalizar la sesión.
- b) Cancelar oportunamente, si fuera su caso.

**A T E N T A M E N T E**

\_\_\_\_\_  
**Usuari@**

\_\_\_\_\_  
**Psicólogo@**



### COMPROMISOS PARA LA CONSULTA PSICOLÓGICA



Usuario del servicio CAADIC, siendo las \_\_\_\_\_ hrs., del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, me comprometo a lo siguiente:

- a) Llegar 10 min. antes de la cita.
- b) Pagar la consulta antes de entrar al consultorio, y mostrar el recibo al psicólogo@.
- c) Avisar con anticipación mínima de 01 día, que no podrá asistir a la consulta (si no avisa pagará su sesión).
- d) Si falta una sesión sin avisar, será acreedor a baja.
- e) En caso de que cancele dos sesiones de manera consecutiva, tendrá que pagar una sesión
- f) Asistir sin falta a las primeras 4 ó 5 sesiones para la elaboración de un mejor diagnóstico.
- g) En caso de que el psicólogo@ no proporcione de manera puntual su sesión podrá expresar su queja al personal administrativo para que se tomen las medidas pertinentes.

Así mismo él o la terapeuta se compromete a lo siguiente:

- a) Ser puntual para iniciar y finalizar la sesión.
- b) Cancelar oportunamente, si fuera su caso.

**A T E N T A M E N T E**

\_\_\_\_\_  
**Usuari@**

\_\_\_\_\_  
**Psicólogo@**



### COMPROMISOS PARA LA CONSULTA PSICOLÓGICA



Usuario del servicio CAADIC, siendo las \_\_\_\_\_ hrs., del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, me comprometo a lo siguiente:

- a) Llegar 10 min. antes de la cita.
- b) Pagar la consulta antes de entrar al consultorio, y mostrar el recibo al psicólogo@.
- c) Avisar con anticipación mínima de 01 día, que no podrá asistir a la consulta (si no avisa pagará su sesión).
- d) Si falta una sesión sin avisar, será acreedor a baja.
- e) En caso de que cancele dos sesiones de manera consecutiva, tendrá que pagar una sesión
- f) Asistir sin falta a las primeras 4 ó 5 sesiones para la elaboración de un mejor diagnóstico.
- g) En caso de que el psicólogo@ no proporcione de manera puntual su sesión podrá expresar su queja al personal administrativo para que se tomen las medidas pertinentes.

Así mismo él o la terapeuta se compromete a lo siguiente:

- a) Ser puntual para iniciar y finalizar la sesión.
- b) Cancelar oportunamente, si fuera su caso.

**A T E N T A M E N T E**

\_\_\_\_\_  
**Usuari@**

\_\_\_\_\_  
**Psicólogo@**



### CONTROL DE ASISTENCIA

PSICÓLOGO (A): \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL USUARIO (A): \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_

TERAPIA:  INDIVIDUAL       PAREJA       FAMILIAR

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ENERO																															
FEBRERO																															
MARZO																															
ABRIL																															
MAYO																															
JUNIO																															
JULIO																															
AGOSTO																															
SEPTIEMBRE																															
OCTUBRE																															
NOVIEMBRE																															
DICIEMBRE																															

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE ALTA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE BAJA: \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ASISTIÓ   
NO ASISTIÓ   
CANCELÓ

**CENTRO DE ATENCION A LAS ADICCIONES "CAADIC"  
FICHA DE RECEPCION DEL PACIENTE**

FECHA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ REFERIDO POR: \_\_\_\_\_

**DATOS FAMILIARES:**

NOMBRE	SEXO	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL
--------	------	------	------------	-----------	-------------	--------------

_____						
_____						
_____						
_____						
_____						

**RESPONSABLE EN CASO DE SER MENOR:** \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA: \_\_\_\_\_

**INGRESOS:**

INGRESOS FAMILIARES \$: \_\_\_\_\_

**TIPO DE VIVIENDA:**

CASA ( ) DEPARTAMENTO ( ) ASENTAMIENTO ( ) OTRO ( )

PROPIA ( ) PRESTADA ( ) RENTADA ( ) OTRO ( )

**QUIENE HABITAN EL PREDIO:** \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

HORA DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

CANALIZADO AL PSICOLOG@: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

Los datos recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el SISTEMA DE DATOS PERSONALES contenidos en este formato Nota de Evolución Clínica en el Centro de Atención a las Adicciones el cual tiene su fundamento en reglamento Interior de la Administración Pública de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Desarrollo Federal. Ley de Salud para la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Desarrollo Social de la Ciudad de México. Ley de Igualdad Sustantiva en la Ciudad de México. Reglas para el Control y Manejo de los Ingresos que se Asignen a las Dependencias, Alcaldías y Órganos Desconcentrados que los Generen. Mediante el Mecanismo de Aplicación Automática de Recursos. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, Manual Administrativo del Órgano Político en Iztacalco, Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México. Ley de Archivos de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Lineamientos para la protección de Datos Personales en la Ciudad de México cuya finalidad es que los datos personales son recabados para integrar el expediente del paciente el cual se utilizará para conllevar la evolución pendiente psicológica para prevenir o tratar la dependencia del consumo de sustancias adictivas la cual proporciona orientación, contacto y canalización y podrá ser transmitidos a (todo público usuario de la demarcación en Iztacalco) además de otras transmisiones previstas en la ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México. Los datos marcados (\*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o a completar el trámite (Elaboración de Expediente Clínico). Así mismo se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento, salvo las excepciones previstas en la ley. El responsable del sistema de datos personales es la C. Rosenda Valdovinos Garcia y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposiciones así como la revocación del consentimiento es en el Edificio B de la Alcaldía planta baja, Av. Té. El titular de los datos podrá dirigirse al Instituto de acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la ley de Protección de Personales para la Ciudad de México al Tel.:56 36 46 36. Correo electrónico datos. personalesinfodf.org.mx

ELABORÓ: \_\_\_\_\_

Vo. Bo.: \_\_\_\_\_





Hoja de: (Alta) (Baja)

Expediente N° \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ No de Sesiones Totales: \_\_\_\_\_

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

Fecha de baja: _____	Fecha de alta: _____
Motivo de baja: _____	Motivo de alta: _____
_____	_____
Objetivos Logrados: _____	Objetivos Logrados: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre del Psicólogo@ Responsable y Firma



Hoja de: (Alta) (Baja)

Expediente N° \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ No de Sesiones Totales: \_\_\_\_\_

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

Fecha de baja: _____	Fecha de alta: _____
Motivo de baja: _____	Motivo de alta: _____
_____	_____
Objetivos Logrados: _____	Objetivos Logrados: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre del Psicólogo@ Responsable y Firma



Alcaldía  
**Iztacalco**



No de Expediente: \_\_\_\_\_

## GENOGRAMA

### Familia Nuclear



**ALCALDIA IZTACALCO  
DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
CENTRO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES  
HOJA DE REFERENCIA**



**FECHA:**     
DÍA MES AÑO

**FICHA DE REFERENCIA No.**  CAADIC/ 002 /16

**INSTITUCIÓN QUE REFIERE:** Centro de Atención a las Adicciones (CAADIC)

**1. DATOS GENERALES**

**A. Nombre:**     
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre (s)

**B. Sexo:** Femenino  Masculino  **C. Edad:**  (Años/Meses)

**D. Edo. Civil:** Soltero(a)  Casado(a)

**E. Escolaridad:** Completa:  Incompleta:  Sabe leer (si / no)   
Primaria  Primaria  Sabe escribir (si / no)   
Secundaria  Secundaria   
Preparatoria  Preparatoria  Tot. Años escolares   
Esc. Técnica  Esc. Técnica  Posgrado (espcf.)   
Profesional  Profesional  Espcf. Carrera

**F. Ocupación**  
Sin ocupación  Estudiante  Empleado (espcf)   
Ama de casa  Comerciante  Profesionista (espcf.)   
Campesino (a)  Jubilado (a)  Otro (espcf.)

**G. Dirección**  
     
Calle                      No. Ext.                      No. Int.                      Colonia  
    
Delegación o Municipio                      C. Postal                      Entidad Federativa

**H. Teléfono**     
Casa                      Trabajo                      Otro  
¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No  Si  ¿Cuál?

**2. MOTIVO DE LA CONSULTA** \_\_\_\_\_

**3. DIAGNÓSTICO** \_\_\_\_\_

**4. PRONÓSTICO** \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ELABORÓ:** \_\_\_\_\_ **FIRMA Y SELLO:** \_\_\_\_\_



ALCALDIA IZTACALCO  
 Centro de Atención a las Adicciones "CAADIC"



**NOTA DE EVOLUCIÓN CLÍNICA**

No. de Expediente: \_\_\_\_\_

SESION	FECHA	TRABAJO TERAPEUTICO

Los datos recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el SISTEMA DE DATOS PERSONALES contenidos en este formato Nota de Evolución Clínica en el Centro de Atención a las Adicciones el cual tiene su fundamento en reglamento Interior de la Administración Pública de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Desarrollo Federal. Ley de Salud para la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Desarrollo Social de la Ciudad de México. Ley de Igualdad Sustantiva en la Ciudad de México. Reglas para el Control y Manejo de los Ingresos que se Asignen a las Dependencias, Alcaldías y Organos Desconcentrados que los Generen. Mediant el Mecanismo de Aplicación Automática de Recursos. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, Manual Administrativo del Organo Politico en Iztacalco, Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México. Ley de Archivos de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Lineamientos para la protección de Datos Personales en la Ciudad de México cuya finalidad es que los datos personales son recabados para integrar el expediente del paciente el cual se utilizará para conllevar la evolución pendiente psicologica para prevenir o tratar la dependencia del consumo de sustancias adictivas la cual proporciona orientación, contacto y canalización y podra ser transmitidos a (todo público usuario de la demarcación en Iztacalco) además de otras transmisiones previstas en la ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México. Los datos marcados (\*) son obligatorios y sin ellos no podra acceder al servicio o a completar el trámite (Elaboración de Expediente Clínico). Así mismo se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento, salvo las excepciones previstas en la ley. El responsable del sistema de datos personales es la C. C. Rosenda Valdovinos Garcis y la dirección donde podra ejercer loa derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposiciones así como la revocación del consentimiento es en el Edificio B de la Alcaldía planta baja, Av. Té. El titular de los datos podrá dirigirse al instituto de acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la ley de Protección de Personales para la Ciudad de México al Tel.:56 36 46 36. correo electronico datos. [personalesinfodf.org.mx](mailto:personalesinfodf.org.mx)