



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): _____

EXPEDIENTE: _____

NOMBRE DEL USUARIO (A): _____

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

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:	<input type="checkbox"/>	Sabe leer (si / no)
Primaria	Primaria	<input type="checkbox"/>	Sabe escribir (si / no)
Secundaria	Secundaria	<input type="checkbox"/>	
Preparatoria	Preparatoria	<input type="checkbox"/>	Tot. Años escolares <input type="text"/>
Esc. Técnica	Esc. Técnica	<input type="checkbox"/>	Posgrado (espcf.) <input type="text"/>
Profesional	Profesional	<input type="checkbox"/>	Espcf. Carrera <input type="text"/>

F. Ocupación

Sin ocupación	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>	Empleado (espcf)	<input type="checkbox"/>
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Comerciante	<input type="checkbox"/>	Profesionista (espcf.)	<input type="checkbox"/>
Campesino (a)	<input type="checkbox"/>	Jubilado (a)	<input type="checkbox"/>	Otro (espcf.)	<input type="checkbox"/>

G. Dirección

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle	No. Ext.	No. Int.	Colonia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Delegación o Municipio	C. Postal	Entidad Federativa	

H. Teléfono

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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