

Coordinación Psicología

A	NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO	Terapias Psicológicas
B	SUJETOS QUE PUEDEN SOLICITAR	niños, niñas adolescentes y adultos
C	PLAZO DE RESOLUCIÓN	inmediata
D	REQUISITOS	Nombre, Edad, Dirección, Número Telefónico, copia de credencial elector
E	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO PARA REALIZACIÓN DEL TRAMITE	Se acude al departamento de psicología, solicitando cita programada con el psicólogo, realizando una entrevista, al término de esta se pasa a trabajo social para establecer cuota de recuperación
F	NOMBRE DEL FORMATO DE SOLICITUD	Entrevista psicológica
H	VIGENCIA (SI ES APLICABLE)	Variable

COPIA NO VALIDA

ENTREVISTA

REFERIDO POR: Procuradora	FECHA: 06/02/2025
<p>I. DATOS DE IDENTIFICACION: NOMBRE COMPLETO: FECHA DE NACIMIENTO: ESTADO CIVIL: (x) SOLTERA/O () CASADA/O () DIVORCIADA/O () VIUDA/O OCUPACION: Ama de casa . DOMICILIO: NUMERO DE CONTACTO: SEXO: () MASCULINO () FEMENINO () OTRO</p>	
<p>II. ANTECEDENTES ¿CUALES SON LOS INTEGRANTES DE TU NUCLEO FAMILIAR? (CON QUIEN VIVE) PADRES Y HERMANA, HIJO DE 4 AÑOS ¿COMO ES LA CONVIVENCIA FAMILIAR? (x) BUENA () REGULAR () MALA EXISTEN ANTECEDENTES DE UNA ENFERMEDAD MENTAL EN LA FAMILIA. () SI, ¿CUAL? _____ (x) NO ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA? () SI, ¿CUAL? _____ (x) NO ¿SE HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO? () SI, ¿CUAL? _____ (x) NO</p>	
<p>III. MOTIVO DE CONSULTA ¿QUIEN REFIERE AL USUARIO? CANALIZO. (X) AUTO-REFERIDO () FISCALIA () OTRO PROFESIONAL () ESCUELA () MEDICO</p>	
<p>IV. HISTORIA BREVE DEL PROBLEMA ¿HACE CUANTO SE HIZO PRESENTE ESTA SITUACION O PROBLEMA? DESCRIBA CUALQUIER CAMBIO RECIENTE EN LA VIDA DEL USUARIO: () OTRO, ¿CUAL? _____ () MUDANZA ADAPTANDOSE A VIVIR CON SUS PAPAS DE NUEVO</p>	

COPIA NO VALIDA

DIF

<input type="checkbox"/> CAMBIO DE EMPLEO / ESCUELA <input type="checkbox"/> PERDIDA SIGNIFICATIVA (FAMILIAR, AMIGO, EMPLEO) ¿QUE HA INTENTADO PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA? <input checked="" type="checkbox"/> NINGUNA ACCION TOMADA <input type="checkbox"/> CONSULTA MEDICA / PSICOLOGIA PREVIA. <input type="checkbox"/> MEDICACION <input type="checkbox"/> TERAPIAS ALTERNATIVAS	
V. ESTADO ACTUAL ¿COMO DESCRIBIRIA SU ESTADO EMOCIONAL DURANTE LA ENTREVISTA? (PERMITIR MULTIPLES SELECCIONES). <input type="checkbox"/> TRANQUILA/O <input type="checkbox"/> ANSIOSA/O ¿POR QUE, O COMO? <input checked="" type="checkbox"/> TRISTE <input type="checkbox"/> IRRITABLE	
VI. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS ¿QUE ESPERA OBTENER DE LA TERAPIA? <input checked="" type="checkbox"/> MEJORAR MI ESTADO EMOCIONAL <input type="checkbox"/> RESOLVER PROBLEMAS ESPECIFICOS <input type="checkbox"/> CONSEJOS PRACTICOS <input type="checkbox"/> APOYO CONTINUO	
VII. OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR IMPRESIONES INICIALES SOBRE LA PROBLEMÁTICA DEL INTERESADO/A: TRANQUILO, COMENTA CON FLUIDEZ LA SITUACION RECOMENDACIONES PRELIMINARES SOBRE TIPO DE SEGUIMIENTO: <input checked="" type="checkbox"/> DESARROLLAR HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO <input type="checkbox"/> TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL <input type="checkbox"/> EXPLORACION DE EXPERIENCIAS PASADAS <input checked="" type="checkbox"/> REFLEXION Y AUTOCONOCIMIENTO. ¿COMO HA SIDO SU CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN Y COLABORACION DURANTE LA ENTREVISTA? <input checked="" type="checkbox"/> MUY COLABORATIVA/O <input type="checkbox"/> ALGO COLABORATIVA/O <input type="checkbox"/> POCO COLABORATIVA/O <input type="checkbox"/> NO COLABORATIVA/O	
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:	PSICOLOGO DEL TRATAMIENTO:

Coordinación Psicología

A	NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO	VALORACIONES PSICOLOGICAS
B	SUJETOS QUE LO PUEDEN SOLICITAR	niños, niñas adolescentes y adultos
C	PLAZO DE RESOLUCIÓN	inmediata
D	REQUISITOS	Nombre, Edad, Dirección, Número Telefónico, copia de credencial elector
E	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO PARA REALIZACIÓN DEL TRAMITE	Por medio de oficio juzgados solicita fecha para realizar valoración psicológica a usuarios respondiendo el mismo día el oficio con fecha y hora de dicha valoración, entregando resultados 15 días después
F	NOMBRE DEL FORMATO DE SOLICITUD	VALORACIONES DE JUZGADO
H	VIGENCIA (SI ES APLICABLE)	Hasta la Fecha de valoración

COPIA NO VALIDA

DEPENDENCIA: DIF MUNICIPAL.
SECCION: PSICOLOGIA/DIF
ASUNTO: EL QUE SE INDICA.
TUXPAN, VER. 25 DE JUNIO 2025.

Ficha de Identificaciónn:

Nombre: M. DEL A.F.H

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Nivel de Educaciónn: Bachillerato

Motivo de Consulta: Evaluación solicitada por JUZGADO, con el objetivo de entender el estado emocional, cognitivo de la Adolescente

Instrumentos de Evaluación:

PRUEBAS PSICOLOGICA APLICADA

Clave	Nombre de la prueba	Fecha de aplicación
HTP	TEST PROYECTIVO CASA-ARBOL-PERSONA	25/JUNIO/2025
RAVEN	Test de Matrices Progresivas de Raven	25/JUNIO/2025
PITR	TEST BAJO LA LLUVIA	25/JUNIO/2025

INTERPRETACION DE RESULTADOS:

HTP:

HTP (Dibujo del árbol):

HTP (Dibujo de persona)

TEST DE RAVEN: Resultado **Inferior al Término medio** indicativo de una capacidad cognitiva promedio.

TEST BAJO LA LLUVIA Interpretación General de los Resultados: Antecedentes Personales: Red de Apoyo:

Salud Mental y Emociona

Recomendaciones

ATENTAMENTE

PSIC. TANNIA GABRIELA GONZÁLEZ CASTRO
CP. 8057122
DEPTO. DE PSICOLOGÍA

Demetrio Ruiz Malerva esq. Rio Nautla s/n
Col. Jardines de Tuxpan, Tuxpan Ver.
Tel 783 834 0441 y 783 834 9265



Coordinación Psicología

A	NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO	Programa de prevención de riesgos psicosociales
B	SUJETOS QUE LO PUEDEN SOLICITAR	niños, niñas adolescentes y adultos
C	PLAZO DE RESOLUCIÓN	inmediata
D	REQUISITOS	Oficio de solicitud de platica
E	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO PARA REALIZACIÓN DEL TRAMITE	Por medio de oficio la escuela o institución solicita al departamento de Psicología, la plática en el cual otorga la siguiente información, a quien va dirigido, tema, fecha dirección y teléfono.
F	NOMBRE DEL FORMATO DE SOLICITUD	N/A
H	VIGENCIA (SI ES APLICABLE)	N/A

COPIA NO VALIDA