

N. DE EXPEDIENTE: _____

FECHA DE ESTUDIO:						ÁREA CANALIZADA:		PSICOLOGÍA	
CUOTA ASIGNADA:		EX:		\$		PSICÓLOGO:			
PACIENTE 1RA. VEZ:		SI NO		FECHA DE CITA:		HORA:			
DATOS GENERALES DEL PACIENTE									
NOMBRE:								EDAD:	
DOMICILIO:									
ESCOLARIDAD:						ESCUELA:			
TEL. CASA:						CELULAR:			
ESTADO CIVIL:						OCUPACIÓN:			
CENTRO LABORAL:						INGRESO MENSUAL:			
MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA EL SERVICIO:									
DATOS DE LOS PADRES (EN CASO DE SER MENOR DE EDAD)									
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:								EDAD:	
ESCOLARIDAD:						ESTADO CIVIL:			
OCUPACIÓN:		CENTRO LABORAL:				INGRESO MENSUAL:			
NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR:								EDAD:	
ESCOLARIDAD:						ESTADO CIVIL:			
OCUPACIÓN:		CENTRO LABORAL:				INGRESO MENSUAL:			
VIVIENDA									
TIPO DE VIVIENDA									
PROPIA		RENTADA \$		PRESTADA		1 PISO		2 PISOS	
CONSTRUCCIÓN									
PAREDES:		MATERIAL		MADERA		LAMINA		CARTÓN	
TECHO:		MATERIAL		LAMINA		CARTÓN		ASBESTO	
PISO:		AZULEJO		CEMENTO		TIERRA		MADERA	

FECHA DE BAJA DE CONSULTA:		MOTIVO DE BAJA	
FECHA DE ALTA DE CONSULTA:		MOTIVO DE ALTA	

SOLICITUD DE ATENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FECHA:		PERSONA QUE SOLICITA EL APOYO:	
DOCUMENTO QUE UTILIZA PARA IDENTIFICARSE		CUOTA ASIGNADA:	
NOMBRE DEL MENOR			EDAD

EL PACIENTE SE **COMPROMETE** A ASISTIR PUNTUALMENTE A SUS CITAS, CON EL CONOCIMIENTO DE QUE LA **FALTA INJUSTIFICADA** ES UNO DE LOS MOTIVOS DE **BAJA**.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE EL SISTEMA DIF MUNICIPAL CUENTA CON UNA LISTA DE PACIENTES EN ESPERA DEL SERVICIO, POR TAL MOTIVO ES IMPORTANTE LA **PUNTUAL ASISTENCIA**.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR DEL MENOR