



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.

ATENTAMENTE

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.

ATENTAMENTE

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.

ATENTAMENTE

Usuari@

Psicólogo@



CONTROL DE ASISTENCIA

PSICOLÓGO (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



**DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN DE DE VIVIENDA Y GRUPOS SOCIALES
SUBDIRECCIÓN DE DE VIVIENDA Y ATENCIÓN A LA COMUNIDAD
JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD**



CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (POSIT)

EL PROPÓSITO DE ESTAS PREGUNTAS ES CONOCER LA FORMA EN QUE PODEMOS AYUDARTE, POR ESO ES IMPORTANTE QUE CONTESTES LAS PREGUNTAS CON FRANQUEZA
ESTO NO ES UN EXAMEN; NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, Y TODAS LAS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES.
CONTESTA TODAS LAS PREGUNTAS. SI ALGUNA DE ELLAS NO SE APLICA EXACTAMENTE A TI, ESCOGE LA RESPUESTA QUE MÁS SE ACERQUE A LA VERDAD EN TU CASO, ES POSIBLE QUE ENCUENTRES ALGUNAS PREGUNTAS SEMEJANTES.
SI NO COMPRENDES ALGUNA PALABRA, PIDE AYUDA A LA PERSONA ENCARGADA ¡GRACIAS!

NOMBRE: _____				
TURNO ESCOLAR:	GRADO ESCOLAR:	GRUPO:	EDAD:	SEXO:
<input type="checkbox"/> MATUTINO	<input type="checkbox"/> 1° SECUNDARIA	_____	_____	<input type="checkbox"/> MASCULINO
<input type="checkbox"/> VESPERTINO	<input type="checkbox"/> 2° SECUNDARIA			<input type="checkbox"/> FEMENINO
	<input type="checkbox"/> 3° SECUNDARIA			

INSTRUCCIONES: POR FAVOR, CONTESTA TODAS LAS PREGUNTAS. MARCA CON UNA "X" TU RESPUESTA Y NO MARQUES FUERA DE LOS RECUADROS.

1	¿HAS TENIDO DIFICULTADES PORQUE CONSUMES DROGAS O BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA ESCUELA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2	¿SE ABURREN TUS AMIGOS EN LAS FIESTAS ADONDE NO SIRVEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3	¿DISCUTEN DEMASIADO TUS PADRES O TUTORES?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4	¿TE CANSAS CON FRECUENCIA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5	¿TE ASUSTAS CON FACILIDAD?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6	¿TIENES MENOS ENERGÍA DE LA QUE CREES QUE DEBERÍAS TENER?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7	¿TE SIENTES FRUSTADO(A) CON FACILIDAD?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8	¿AMENAZAS A OTROS CON HACERLES DAÑO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9	¿TE SIENTES SOLO (A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10	¿FRECUENTEMENTE SIENTES DESEOS DE LLORAR?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11	¿ESCUCHAS CUIDADOSAMENTE CUANDO ALGUIEN TE HABLA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
12	¿SON TUS AMIGOS (AS) DEL AGRADO DE TUS PADRES O TUTORES?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
13	¿SE NIEGAN TUS PADRES O TUTORES A HABLARTE CUANDO SE ENFADAN CONTIGO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
14	¿ACTÚAS IMPULSIVAMENTE Y SIN PENSAR EN LAS CONSECUENCIAS QUE TENDRÁN TUS ACTOS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
15	¿TE DA MIEDO ESTAR CON LA GENTE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
16	¿TE HAS HECHO DAÑO O LE HAS HECHO DAÑO A OTRA PERSONA ACCIDENTALMENTE, ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL O DROGAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
17	¿TIENES AMIGOS QUE CAUSAN DAÑO O DESTRUCCIÓN INTENCIONALMENTE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
18	LA MAYORIA DE LAS VECES, ¿SABEN TUS PADRES O TUTORES DÓNDE ESTÁS Y LO QUE ESTÁS HACIENDO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
19	¿SUELES PERDERTE ACTIVIDADES O ACONTECIMIENTOS PORQUE HAS GASTADO DEMASIADO DINERO EN DROGAS O BEBIDAS ALCOHÓLICAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
20	¿PARTICIPAS EN MUCHAS ACTIVIDADES EN COMPAÑÍA DE TUS PADRES O TUTORES?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
21	¿TE SIENTES NERVIOSO (A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
22	¿HAS ROBADO ALGUNA VEZ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
23	¿HAS SENTIDO QUE ERES ADICTO (A) AL ALCOHOL O A LAS DROGAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
24	¿HAS ESTADO AUSENTE O LLEGADO TARDE A TU TRABAJO O ESCUELA CON FRECUENCIA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
25	¿SIENTES QUE LA GENTE ESTÁ EN CONTRA TUYA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
26	¿TUS AMIGOS LLEVAN DROGAS A LAS FIESTAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

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 García 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 la 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 Datos Personales para la Ciudad de México al Tel.:56 36 46 36. Correo electrónico datos.personalesinfodf.org.mx



DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN DE DE VIVIENDA Y GRUPOS SOCIALES
SUBDIRECCIÓN DE DE VIVIENDA Y ATENCIÓN A LA COMUNIDAD
JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD



27	¿PELEAS CON FRECUENCIA?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
28	¿TIENES MAL GENIO?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
29	¿TIENES AMIGOS QUE HAN ROBADO?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
30	¿HAS COMENZADO A CONSUMIR MAYORES CANTIDADES DE DROGAS O ALCOHOL PARA OBTENER EL EFECTO QUE DESEAS	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
31	¿A VECES TE VAS DE LAS FIESTAS PORQUE EN ELLAS NO HAY BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
32	¿SABEN TUS PADRES O TUTORES CÓMO PIENSAS O TE SIENTES REALMENTE?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
33	¿ACTÚAS IMPULSIVAMENTE CON FRECUENCIA?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
34	¿SIENTES UN DESEO CONSTANTE DE CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
35	¿HAS REPROBADO ALGÚN AÑO EN LA ESCUELA?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
36	¿TIENES DIFICULTADES PARA CONCENTRARTE?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
37	¿DISCUTES FRECUENTEMENTE CON TUS PADRES O TUTORES, LEVANTANDO LA VOZ Y GRITANDO?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
38	¿HAS TENIDO UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL O DROGAS?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
39	¿OLVIDAS LO QUE HACES CUANDO BEBES O TE DROGAS?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
40	¿ES DIFÍCIL LA ESCUELA PARA TI?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
41	¿HAS OCASIONADO DAÑOS A PROPIEDAD AJENA INTENCIONALMENTE?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
42	¿HAS DEJADO UN EMPLEO SENCILLAMENTE PORQUE NO TE INTERESABAN LAS CONSECUENCIAS DE DEJARLO?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
43	¿ERES UNA PERSONA NERVIOSA, DE LAS QUE NO PUEDEN ESTAR SENTADAS MUCHO TIEMPO?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
44	¿HAS PASADO ALGUNA NOCHE FUERA DE TU CASA SIN QUE TUS PADRES O TUTORES SUPIERAN DÓNDE ESTABAS?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
45	¿EL USO DEL ALCOHOL O DROGAS TE PRODUCE CAMBIOS REPENTINOS DE HUMOR, COMO PASAR DE ESTAR CONTENTO (A) A ESTAR TRISTE, O VICEVERSA?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
46	¿TE SIENTES TRISTE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
47	¿PIERDES DÍAS DE CLASE O LLEGAS TARDE A LA ESCUELA POR HABER CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
48	¿TE HAN DICHO ALGUNA VEZ TUS FAMILIARES O AMIGOS QUE DEBES REDUCIR EL USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
49	¿DISCUTES SERIAMENTE CON TUS AMIGOS O FAMILIARES POR EL USO QUE HACES DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
50	¿TIENES DIFICULTADES PARA DORMIR?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
51	¿TIENES DIFICULTADES CON TRABAJOS ESCRITOS?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
52	LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS, ¿TE HAN INDUCIDO A HACER ALGO QUE NORMANLMENTE NO HARÍAS, COMO DESOBEDECER ALGUNA REGLA O LEY O LA HORA DE LLEGAR A CASA, O TENER RELACIONES SEXUALES CON ALGUIEN?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
53	¿SIENTES QUE A VECES PIERDES CONTROL DE TI MISMO (A) Y TERMINAS PELEANDO?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
54	¿FALTAS A LA ESCUELA SIN AUTORIZACIÓN?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
55	¿TIENES AMIGOS QUE HAN GOLPEADO O AMENAZADO A ALGUIEN SIN RAZÓN?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
56	¿HAS SENTIDO QUE NO PUEDES CONTROLAR EL DESEO DE CONSUMIR BEDIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
57	¿TIENE BUENA MEMORIA?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
58	¿TIENEN TUS PADRES O TUTORES UNA IDEA RELATIVAMENTE BUENA DE LO QUE TE INTERESA?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
59	¿ESTÁN TUS PADRES O TUTORES DE ACUERDO EN CUANTO A LA FORMA EN QUE DE DEBEN EDUCAR?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
60	¿SE TE HACE DIFÍCIL HACER PLANES U ORGANIZAR TUS ACTIVIDADES?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
61	¿TUS AMIGOS FALTAN A LA ESCUELA SIN AUTORIZACIÓN CON MUCHA FRECUENCIA?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

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 García 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 Datos Personales para la Ciudad de México al Tel.:56 36 46 36. Correo electrónico datos_personalesinfodf.org.mx



**CENTRO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES "CAADIC"
FICHA DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE**



FECHA: _____

EXPEDIENTE N°: _____

NOMBRE: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ 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 el 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 García 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 Protección de Datos Personales de la Ciudad de México, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México al Tel.: 56 36 46 36. Correo electrónico datos. personalesinfodf.org.mx

ELABORÓ: _____

Vo. Bo.: _____

COORDINACIÓN



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



GENOGRAMA No de Expediente: _____

FAMILIA NUCLEAR



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



FECHA:
 DÍA MES AÑO

CAADIC/ /

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:
 Primaria Primaria Sabe leer (si / no)
 Secundaria Secundaria Sabe escribir (si / no)
 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: _____



ALCALDÍA IZTACALCO
Centro de Atención a las Adicciones "CAADIC"



NOTA DE EVOLUCIÓN CLÍNICA

No. de Expediente: _____

SESIÓN	FECHA	TRABAJO TERAPÉUTICO

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. 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 Organismo 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 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. C. Rosenda Valdovinos Garcís 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 electronico datos. personalesinfodf.org.mx