COMPROMISOS PARA L	A CONSULTA PSICOLO	ÓGICA	COURTS OF A LIGA ADUCTIONS A LIGA ADUCTIONS
Usuario del servicio CAADIC, siendo las	hrs., del día	del mes de	
del año, me comprometo a lo siguie	nte:		
a) Llegar 10 min. antes de la cita.			
b) Pagar la consulta antes de entrar al consultorio, y m			
c) Avisar con anticipación mínima de 01 día, que no po	odrá asistir a la consunta	(si no avisa pagará s	su sesión).
d) Si falta una sesión sin avisar, será acreedor a baja.		.,	
e) En caso de que cancele dos sesiones de manera co			
f) Asistir sin falta a las primeras 4 ó 5 sesiones para la g) En caso de que el psicològ@ no proporcione de m			ruois al norsanal
administrativo para que se tomen las medidas pertine		i podra expresar su c	queja ai personai
administrativo para que se tomen las medidas pertine	11103.		
Así mismo él o la terapeuta se compromete a lo siguie a) Ser puntual para iniciar y finalizar la sesión. b) Cancelar oportunamente, si fuera su caso.			
ATE	NTAMENTE		
Usuari@		Psicólog@	<u> </u>
COMPROMISOS PARA CUDAD DE MÉXICO CONTRE DE LA TRANSPORMACIÓN	LA CONSULTA PSICOI	LÓGICA	CHIPPO CH
Usuario del servicio CAADIC, siendo las	hrs., del día	del mes de	
del año, me comprometo a lo siguie	nte:		
a) Llegar 10 min. antes de la cita.			
b) Pagar la consulta antes de entrar al consultorio, y m			
c) Avisar con anticipación mínima de 01 día, que no po	odrá asistir a la consunta	(si no avisa pagará s	su sesión).
d) Si falta una sesión sin avisar, será acreedor a baja.	anacoutiva tandrà qua n	ngar una aggián	
e) En caso de que cancele dos sesiones de manera co f) Asistir sin falta a las primeras 4 ó 5 sesiones para la			
g) En caso de que el psicològ@ no proporcione de r			queia al nersonal
administrativo para que se tomen las medidas pertine		ii podra expresar sa	quoja ai poisonai
Así mismo él o la terapeuta se compromete a lo siguie	nte:		
a) Ser puntual para iniciar y finalizar la sesión.			
b) Cancelar oportunamente, si fuera su caso.	NTAMENTE		
Usuari@		Psicólog@	0
			C
COMPROMISOS DA	ARA LA CONSULTA PS	ICOLÓGICA	CENTRO DE ATENCION
			A DO HULLINES
Usuario del servicio CAADIC, siendo las, me comprometo a lo siguie	hrs., del día	del mes de	
del año, me comprometo a lo siguie	nte:		
a) Llegar 10 min. antes de la cita.			
b) Pagar la consulta antes de entrar al consultorio, y m c) Avisar con anticipación mínima de 01 día, que no po			u coción)
d) Si falta una sesión sin avisar, será acreedor a baja.	oura asistii a la coristilia	(Si 110 avisa pagara s	su sesion).
e) En caso de que cancele dos sesiones de manera co	nsecutiva tendrà que n	anar una sesión	
f) Asistir sin falta a las primeras 4 ó 5 sesiones para la			
g) En caso de que el psicològ@ no proporcione de r			queia al personal
administrativo para que se tomen las medidas pertine		1	1) a p 31001101
Así mismo él o la terapeuta se compromete a lo siguie	nte:		
a) Ser puntual para iniciar y finalizar la sesión.b) Cancelar oportunamente, si fuera su caso.			
in cancelal unululallielle, shueld su casu.			

ATENTAMENTE

Psicólog@

Usuari@







CONTROL DE ASISTENCIA

PSICOLÓGO NOMBRE DE			RIO (A):																		- -		EXF ED <i>F</i>		ENTE	Ξ:				- -
TERAPIA:	11	VIDIV	ΊDU	AL]				PA	REJA	١]				FAM	ILIAF	?													
MES	1	2	7	3 4	1 :	5	6	7 8	3	9 1) 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 INC FECHA DE AL FECHA DE BA OBSERVACIO	TA: JA:															- - -															
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.

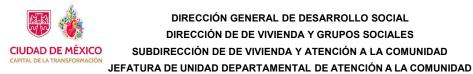
CONTESTA TODAS LAS PREGUNTAS. SI ALGUNA DE ELLAS NO SE APLICA EXACTAMENTE A TI, ESCOGE LA RESPUESTA QUE MÁS SE ACERQUE A LA VERDAD EN TU CASO, ES POSIBLE QUE ENCUENTRES ALGUNAS PREGUNTAS SEMEJANTES.

SI NO COMPRENDES ALGUNA PALABRA, PIDE AYUDA A LA PERSONA ENCARGADA ¡GRACIAS!

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

Los datos recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el SISTEMA DE DATOS PERSONALES contenidos en este formato Nota de Evoluci on Clínica en el Centro de Atención a las Adicciones el cual tiene su fundamento de la Ley de Desarrollo Federal. Ley de Salud para a la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Desarrollo Social de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública de la Ciudad de México. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública de la Ciudad de México. Reglamento de la Ciudad de México cuerta la Ciudad de México de la Ciudad de la Ciudad de México de la Ciudad de la Ci





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



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

Los datos recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el SISTEMA DE DATOS PERSONALES contenidos en este formato Nota de Evoluci ón Clínica en el Centro de Atención a las Adicciones el cual tiene su fundamento en regiamento Interior de la Administración Pública de la Ciudad de México. Regiamento de la Ley de Desarrollo Federal. Ley de Salud para la Ciudad de México. Regiamento de la Ley de Desarrollo Social de la Ciudad de México. Ley de Igualdad Sustantiva en la Ciudad de México. Regiamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Advantad Administrativo del Organo Político en Itzaciación, Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México. Ley de Archivos de la Ciudad de México. Regiamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Ley de Archivos de la Ciudad de México. Regiamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Ley de Archivos de la Ciudad de México. Regiamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Ley de Archivos de la Ciudad de México. Regiamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Ley de Archivos de la Ciudad de México. Regiamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Ley de Archivos de la Ciudad de México. Regiamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. As información de Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública de la Ciudad de México. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México. Ley de Transparencia y





CENTRO DE ATENCION A LAS ADICCIONES "CAADIC" FICHA DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE



FECHA:	_			EXPEDIE	ENTE N°:	A LAS ADICCION
NOMBRE:						
SEXO:	EDAD:		ESCOLARIDA	.D:		
ESTADO CIVIL:		L	UGAR Y FECHA	DE NACIMIENT	O:	
DOMICILIO:						
TELEFONO:						
DATOS FAMILIARES:						
NOMBRE	SEXO	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL
RESPONSABLE EN	CASO DE S	SER MEN	OR:			
MOTIVO DE LA CON	SULTA:					
INGRESOS:						
INGRESOS FAMILIA	RES \$:					
TIPO DE VIVIENDA:						
CASA ()	DEPARTAM	ENTO () ASENTAI	MIENTO ()	OTRO ()	
PROPIA ()	PRESTADA	۸ () RENTAD)A ()	OTRO ()	
QUIENE HABITAN E	L PREDIO:					
FECHA DE INICIO DE (HORA DE C CANALIZADO AL PSIC NOMBRE DEL ENTRE\	CONSULTA: COLOG@:					
reglamento Interior de la Administración Pú gualdad Sustantiva en la Ciudad de Méx Automática de Recursos. Ley de Transpar de Archivos de la Ciudad de México. Regla que los datos personales son recabados ; proporciona orientación, contacto y canaliz México. Los datos marcados (*) son obli- consentimiento, salvo las excepciones pre	iblica de la Ciudad de Nico. Reglas para el Coi encia y Acceso a la Info amento de la Ley de Tra iara integrar el expediei ación y podrá ser transi gatorios y sin ellos no vistas en la ley. El resp insentimiento es en el E	léxico. Reglamento trol y Manejo de rmación Pública de ansparencia y Acco- nte del paciente el nitidos a (todo púb podrá acceder al onsable del sistem idificio B de la Alci	o de la Ley de Desarrollo Federal. I los lingresos que se Asignen a la la Ciudad de México, Manual Adr seo a la Información Pública de la cual se utilizará para conllevar la ilco usuario de la demarcación en servicio o a completar el trámite la de datos personales es la C. R aldía planta baja, AV. Té. El titular	Ley de Salud para la Ciudad de la s Dependencias, Alcaldías y Ór ministrativo del Órgano Político e Ciudad de México. Lineamientos evolución pendiente psicológica Iztacalco) además de otras trans (Elaboración de Expediente Cl osenda Valdovinos Garcia y la c de los datos podrá dirigirse al in	México. Reglamento de la Ley de De ganos Desconcentrados que los Ge n Iztacalco, Ley de Protección de Da para la protección de Datos Person para prevenir o tratar la dependenci smisiones previstas en la ley de Proti inico). Así mismo se le informa qua dirección donde podrá ejercer loa de stituto de acceso a la Información P	las Adicciones el cual tiene su fundamento en sarrollo Social de la Ciudad de México. Ley de ineren. Mediante el Mecanismo de Aplicación tos Personales para la Ciudad de México. Ley ales en la Ciudad de México. Ley ales en la Ciudad de México cuya finalidad es a del consumo de sustancias adictivas la cual ección de Datos Personales para la Ciudad de e sus datos no podrán ser difundidos sin su rechos de acceso, rectificación, cancelación y ública de la Ciudad de México, donde recibirá
				ELABORÓ: _ Vo. Bo.:		
				VU. DU		

COORDINACIÓN







Hoja de: (Alta) (Ba	ja)	Expediente N°
Nombre		
Edad: Fecha de i	nicio: No de 9	Sesiones Totales:
Fecha de baja:		cha de alta:
Motivo de baja:	Mo	tivo de alta:
Objetivos Logrados:	Ob	jetivos Logrados:
	Nombre del Deieéles (2)	Dograma hila y Ciwara
	Nombre del Psicólog@ F	Responsable y Firma
8		S CENTRO
Iztocolco	CIUDAD DE MÉXI CAPITAL DE LA TRANSFORMA	
	CAPITAL DE LA TRANSFORMA	
Iztačalco	ja)	CIÓN
Hoja de: (Alta) (Ba	capital de la transforma	CIÓN
Hoja de: (Alta) (Ba	ja) nicio: No de \$	Expediente N°
Hoja de: (Alta) (Ba Nombre Fecha de i Motivo de consulta:	ja) nicio: No de \$	Expediente N°
Hoja de: (Alta) (Ba Nombre Fecha de i Motivo de consulta: Fecha de baja:	ja) nicio: No de \$ Fe	Expediente N° Sesiones Totales: echa de alta:
Hoja de: (Alta) (Ba Nombre Fecha de i Motivo de consulta:	ja) nicio: No de \$ Fe	Expediente N°
Hoja de: (Alta) (Ban Nombre Fecha de i Motivo de consulta: Fecha de baja: Motivo de baja: Motivo de baja:	ja) nicio: No de \$ Mo	Expediente N° Sesiones Totales: echa de alta: otivo de alta:
Hoja de: (Alta) (Ba Nombre Fecha de i Motivo de consulta: Fecha de baja:	ja) nicio: No de \$ Mo	Expediente N° Sesiones Totales: echa de alta:
Hoja de: (Alta) (Ban Nombre Fecha de i Motivo de consulta: Fecha de baja: Motivo de baja: Motivo de baja:	ja) nicio: No de \$ Mo	Expediente N° Sesiones Totales: echa de alta: otivo de alta:







GENOGRAMA N

Ah oM	Expediente:		

FAMILIA NUCLEA	.R		





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



A. Nombre: Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) B. Sexo: Femenino Masculino C. Edad: (Años/Meses) D. Edo. Civil: Soltero(a) Casado(a) Sabe leer (si / no) Frimaria Primaria Secundaria Preparatoria Secundaria Preparatoria Esc. Técnica Profesional Profesional Esc. Técnica Profesional Esc. Técnica Profesional Esc. Técnica Profesional Escundario Escundario Preparatorio Esc. Técnica Profesional Esc. Técnica Posgrado (espcf.) F. Ocupación Sin ocupación Estudiante Empleado (espcf.) 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 ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO	1. DATOS GENERA	ALES	1				
B. Sexo: Femenino Masculino C. Edad: (Años/Meses) D. Edo. Civil: Soltero(a) Casado(a) E. Escolaridad: Completa: Incompleta: Sabe leer (si / no) Primaria Secundaria Preparatoria Preparatoria Preparatoria Preparatoria Profesional Profesional Profesional Profesional Esc. Técnica Posgrado (espcf.) Profesional Profesional Estudiante Profesionista (espcf.) F. Ocupación Sin ocupación Sin ocupación Campesino (a) Jubilado (a) Otro (espcf.) G. Dirección Calle No. Ext. No. Int. Colonia Casa Trabajo Otro ¿Est derechohabiente de algún servicio de salud? No Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO	A. Nombre:						
D. Edo. Civil: Soltero(a) Casado(a) E. Escolaridad: Completa: Incompleta: Sabe leer (si / no) Primaria Primaria Secundaria Preparatoria Preparatoria Preparatoria Esc. Técnica Posgrado (espcf.) Profesional Profesional Estudiante Empleado (espcf.) Ama de casa Comerciante Profesionista (espcf.) Campesino (a) Jubilado (a) Otro (espcf.) Entidad Federativa H. Teléfono ¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO		Apellido Patern	о Аре	ellido Materno		Nombre	(s)
E. Escolaridad: Completa: Incompleta: Sabe leer (si / no) Primaria Secundaria Preparatoria Preparatoria Preparatoria Esc. Técnica Profesional Profesional Profesional Esperi. Carrera F. Ocupación Sin ocupación Sin ocupación Ama de casa Comerciante Profesion (a) Jubilado (a) Otro (esperi.) G. Dirección Calle No. Ext. No. Int. Colonia Delegación o Municipio C. Postal Entidad Federativa H. Teléfono ¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO	B. Sexo:	Femenino	Masculino		C. Edad:		(Años/Meses)
Primaria Secundaria Preparatoria Secundaria Preparatoria Preparatoria Esc. Técnica Esc. Técnica Esc. Técnica Esc. Técnica Esc. Técnica Profesional Estudiante Espect. Carrera Esc. Técnica Profesional Espect. Carrera Espect.	D. Edo. Civil:	Soltero(a)	Casado(a)				
Secundaria Preparatoria Preparatoria Esc. Técnica Profesional Estudiante Empleado (espcf) Profesionista (espcf.) Profesionista (espcf.) G. Dirección Calle No. Ext. No. Int. Colonia Delegación o Municipio C. Postal Entidad Federativa H. Teléfono ¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No. Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO	E. Escolaridad:	Completa:	_	Incompleta:		Sabe leer (si / no)
Preparatoria Esc. Técnica Profesional Profesional Profesional Profesional Profesional Profesional Profesional Profesional Profesional F. Ocupación Sin ocupación Ama de casa Campesino (a) G. Dirección Calle No. Ext. No. Int. Colonia Delegación o Municipio C. Postal Entidad Federativa H. Teléfono Estudiante Profesionista (espcf.) Otro (espcf.) Delegación o Municipio C. Postal Entidad Federativa Entidad Federativa Analysis de casa Compesion (a) Si ¿Cúal? Z. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO						Sabe escrib	oir (si / no)
Esc. Técnica Profesional 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 ¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO			–		_		
Profesional Profesional Espcf. Carrera F. Ocupación Sin ocupación Ama de casa Campesino (a) Jubilado (a) Otro (espcf.) G. Dirección Calle No. Ext. No. Int. Colonia Delegación o Municipio C. Postal Entidad Federativa H. Teléfono ¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO	· ·		· -				
F. Ocupación Sin ocupación Ama de casa Campesino (a) G. Dirección Calle No. Ext. No. Int. Colonia Delegación o Municipio Casa Trabajo Otro ¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No. Si ¿Cúal? Ama de casa Comerciante Profesionista (espcf.) Otro (espcf.) Otro (espcf.) Colonia Entidad Federativa Colonia Casa Trabajo Otro			<u> </u>				
Sin ocupación Ama de casa Campesino (a) G. Dirección Calle No. Ext. No. Int. Colonia Delegación o Municipio Casa Trabajo Otro LEs derechohabiente de algún servicio de salud? No. Si LOTO Si JCÚal? LES MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO	Profesional		Profesional		Espct. Carre	ra [
Ama de casa Campesino (a) Comerciante Jubilado (a) Colonia G. Dirección Calle No. Ext. No. Int. Colonia Delegación o Municipio Casa Trabajo Otro ¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No. Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO	F. Ocupación		_			-	
Campesino (a) Calle No. Ext. No. Int. Colonia Delegación o Municipio Casa Trabajo Otro Si ¿Cúal? AMOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO			—				
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 ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO			<u> </u>			F	
Delegación o Municipio C. Postal Entidad Federativa H. Teléfono Casa Trabajo Otro ¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO	Campesino (a)		Jubilado (a)		Otro (espcf.)	L	
H. Teléfono Casa Trabajo Otro ¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO	G. Dirección	Calle	No. Ext.	No. Int.		Colonia	a
H. Teléfono Casa Trabajo Otro ¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO							
¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO	H. Teléfono	Delegacion o Municipi	O C. I	ostal	Ent	idad Federativ	<i>r</i> a
¿Es derechohabiente de algún servicio de salud? No Si ¿Cúal? 2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO							
2. MOTIVO DE LA CONSULTA 3. DIAGNÓSTICO		Casa	Trabajo		Otro		
3. DIAGNÓSTICO	¿Es derechohabie	nte de algún servicio de s	alud?	No	Si	¿Cúal?	
		CONSULTA					
A PROMÓCTICO							
DOMICILIO:	4. PRONÓSTICO						





ALCALDÍA IZTACALCO Centro de Atención a las Adicciones "CAADIC"



NOTA DE EVOLUCIÓN CLÍNICA

No. d	e Exp	ediente:		

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 de la Administración Pública de 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 Político en Iztacalco, Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México. Ley de Archivos 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 transmiciones 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 diregirse al instituto de acceso a la Información Pública