



### 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): \_\_\_\_\_  
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   
CANCELO



**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!

<b>NOMBRE:</b>				
<b>TURNO ESCOLAR:</b>	<b>GRADO ESCOLAR:</b>	<b>GRUPO:</b>	<b>EDAD:</b>	<b>SEXO:</b>
<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	_____	_____	
<b>INSTRUCCIONES: POR FAVOR, CONTESTA TODAS LAS PREGUNTAS. MARCA CON UNA "X" TU RESPUESTA Y NO MARQUES FUERA DE LOS RECUADROS.</b>				
<b>1</b>	¿HAS TENIDO DIFICULTADES PORQUE CONSUMES DROGAS O BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA ESCUELA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>2</b>	¿SE ABURREN TUS AMIGOS EN LAS FIESTAS ADONDE NO SIRVEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>3</b>	¿DISCUTEN DEMASIADO TUS PADRES O TUTORES?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>4</b>	¿TE CANSAS CON FRECUENCIA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>5</b>	¿TE ASUSTAS CON FACILIDAD?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>6</b>	¿TIENES MENOS ENERGÍA DE LA QUE CREES QUE DEBERÍAS TENER?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>7</b>	¿TE SIENTES FRUSTADO(A) CON FACILIDAD?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>8</b>	¿AMENAZAS A OTROS CON HACERLES DAÑO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>9</b>	¿TE SIENTES SOLO (A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>10</b>	¿FRECUENTEMENTE SIENTES DESEOS DE LLORAR?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>11</b>	¿ESCUCHAS CUIDADOSAMENTE CUANDO ALGUIEN TE HABLA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>12</b>	¿SON TUS AMIGOS (AS) DEL AGRADO DE TUS PADRES O TUTORES?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>13</b>	¿SE NIEGAN TUS PADRES O TUTORES A HABLARTE CUANDO SE ENFADAN CONTIGO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>14</b>	¿ACTÚAS IMPULSIVAMENTE Y SIN PENSAR EN LAS CONSECUENCIAS QUE TENDRÁN TUS ACTOS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>15</b>	¿TE DA MIEDO ESTAR CON LA GENTE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>16</b>	¿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	
<b>17</b>	¿TIENES AMIGOS QUE CAUSAN DAÑO O DESTRUCCIÓN INTENCIONALMENTE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>18</b>	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	
<b>19</b>	¿SUELES PERDERTE ACTIVIDADES O ACONTECIMIENTOS PORQUE HAS GASTADO DEMASIADO DINERO EN DROGAS O BEBIDAS ALCOHÓLICAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>20</b>	¿PARTICIPAS EN MUCHAS ACTIVIDADES EN COMPAÑÍA DE TUS PADRES O TUTORES?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>21</b>	¿TE SIENTES NERVIOSO (A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>22</b>	¿HAS ROBADO ALGUNA VEZ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>23</b>	¿HAS SENTIDO QUE ERES ADICTO (A) AL ALCOHOL O A LAS DROGAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>24</b>	¿HAS ESTADO AUSENTE O LLEGADO TARDE A TU TRABAJO O ESCUELA CON FRECUENCIA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>25</b>	¿SIENTES QUE LA GENTE ESTÁ EN CONTRA TUYA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>26</b>	¿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 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 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. T4. 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\_personalesinfo@df.org.mx

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 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 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 Personales para la Ciudad de México al Tel.:56 36 46 36. Correo electrónico datos\_personalesinfodf.org.mx

**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
--------	------	------	------------	-----------	-------------	--------------

_____
_____
_____
_____
_____

**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 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 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



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:   
Primaria  Primaria   Sabe leer (si / no)  
Secundaria  Secundaria   Sabe escribir (si / no)  
Preparatoria  Preparatoria   
Esc. Técnica  Esc. Técnica  Tot. Años escolares   
Profesional  Profesional  Posgrado (espcf.)   
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:** \_\_\_\_\_



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](mailto:personalesinfodf.org.mx)