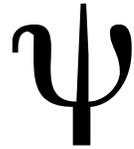




PSICONSULTORIO P. ENRIQUEZ  
Apoyo Psicopedagógico



**FICHA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**  
-Consultante nuevo-

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Antecedentes: \_\_\_\_\_

Hallazgos clínicos: \_\_\_\_\_

Diagnostico (s) previos: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Que hace o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema: \_\_\_\_\_

Soluciones intentadas:

Por el paciente: \_\_\_\_\_

Por otros: \_\_\_\_\_

Exitosas:

Se mantienen: \_\_\_\_\_

No se mantienen: \_\_\_\_\_

**ACTA DE COMPROMISO**

-Consultante consecutivo-

Mediante el presente Yo \_\_\_\_\_ quien después de asistir a la Consulta de Atención Psicológica realizada el día \_\_\_\_\_ en **PsiConsultorio P. Enriquez** y haber tomado conciencia tanto de mi problemática como de su tratamiento, **me comprometo a:**

- Adherirme al tratamiento asistiendo a las consultas que requiera mi recuperación psicológica
- Analizar y reflexionar sobre los aspectos que mantienen la existencia de mi problemática
- Responsabilizarme de mi propia salud emocional y física

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Firma del Terapeuta