

 RENACIMIENTO MAYA YUCATÁN GOBIERNO DEL ESTADO 2024-2030	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN Dirección de Asistencia Social		
Código PR-DAS-AIF-09 R00	Fecha de emisión 21/11/2025	Fecha de actualización No aplica	
Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán			

ÍNDICE	Página
I. OBJETIVO	2
II. ALCANCE	2
III. FUNDAMENTO LEGAL	2
IV. DEFINICIONES	2
V. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	3
VI. INDICADOR	5
VII. ANEXOS	6
VIII. CONTROL DE CAMBIOS	7
IX. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO	7

“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

 RENACIMIENTO MAYA YUCATÁN GOBIERNO DEL ESTADO 2024 - 2030	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN Dirección de Asistencia Social		
Código PR-DAS-AIF-09 R00	Fecha de emisión 21/11/2025	Fecha de actualización No aplica	
Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán			

I. OBJETIVO

Establecer las actividades necesarias para brindar atención psicológica a población vulnerable en el Estado de Yucatán, con la finalidad de brindar servicios eficientes con enfoque en derechos humanos que favorezcan el bienestar biopsicosocial del individuo y la sociedad.

II. ALCANCE

Aplica al personal adscrito al Departamento Atención a la Infancia y Familia perteneciente a la Dirección Asistencia Social del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

III. FUNDAMENTO LEGAL

Ámbito Federal

Artículos 4, párrafo cuarto; 6, Inciso A, fracción II; de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículos 5, 7 y 29; de la Ley de Asistencia Social.

Artículos 1, 4, 7 y 8; de la Ley General de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Artículos 2, fracción I; 3, fracción VIII; y 51; de la Ley General de Salud.

Artículos 41, fracción XIV; 49 y 51, fracción III; de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Artículo 6; de la NOM 004 del Expediente Clínico.

Ámbito Estatal

Artículo 25, fracción I; de Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Yucatán.

Artículos 4, 6 fracción I, II, III; 7, fracción V; 31, fracción VI; de Ley de Salud Mental del Estado de Yucatán.

Artículo 13, fracción III; de Ley para Protección de los Derechos de los Adultos Mayores del Estado de Yucatán.

Artículos 11, 16 fracción IV; de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social de Yucatán.

Artículo 46; del Estatuto Orgánico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán

IV. DEFINICIONES

Adolescente: persona en un rango de edad entre doce y menos de dieciocho años.

CURP: Clave Única de Registro de Población.

DAIF: Departamento de Atención a la Infancia y la Familia.

"La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera."

Código
PR-DAS-AIF-09 R00

Fecha de emisión
21/11/2025

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán

Niña o Niño: persona menor de doce años.

NNA: Niñas, Niños y Adolescentes.

Procuraduría: Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes de Yucatán.

Sistema: el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

SMDIF: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.

V. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Secretaría

1. Recibe el primer contacto con las personas solicitantes del servicio mediante visita personal, a través de correo electrónico o llamada telefónica del solicitante o familiar.
2. Registra datos completos y correctos en la lista de espera correspondiente.
3. Canaliza, en archivo digital en la nube, el caso con el Coordinador de Psicología.

Coordinador de Psicología

4. Recibe el caso canalizado y lo asigna en el mismo archivo digital en la nube al psicólogo o psicóloga correspondiente, de acuerdo con criterios de atención prioritaria, disponibilidad de agenda y perfil de cada psicóloga o psicólogo.

Psicóloga (o)

5. Recibe personalmente la asignación de caso.
6. Contacta al solicitante por vía telefónica para agendar la primera sesión, solicitando copia impresa de CURP.
7. Registra los comentarios en la lista de espera y/o agenda la cita.
8. ¿El usuario asiste a la primera sesión psicológica?
 - Sí: Continúa en la actividad 10.
 - No: Continúa en la actividad 9.
9. Registra la inasistencia en la lista de espera, en el apartado de comentarios. **Fin del procedimiento.**
10. Solicita la firma del usuario en los formatos F-PR-BAP-01 Contrato de Atención Psicológica (Anexo 2), F-PR-BAP-02 Consentimiento Informado (Anexo 3), F-PR-BAP-03 Derechos de la persona Usaria (Anexo 4), F-PR-BAP-04 Aviso de Privacidad simplificado (Anexo 5).
11. Solicita copia impresa de su comprobante CURP.
12. Inicia primera entrevista llenando el formato F-PR-BAP-05 (Anexo 6), solicitando Historia Clínica Psicológica para Personas Adultas, el F-PR-BAP-06 Historia clínica para Niñas y

"La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera."

	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN Dirección de Asistencia Social	
Código PR-DAS-AIF-09 R00	Fecha de emisión 21/11/2025	Fecha de actualización No aplica
Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán		

Niños (Anexo 7) o el F-PR-BAP-07 Historia Clínica para Adolescentes (Anexo 8), según sea el caso.

13. Solicita los datos generales de la persona solicitante y el motivo de consulta.
14. ¿La persona solicitante menciona alguna situación de posible violación de derechos de un NNA?
 - Sí. Continúa en la actividad 15.
 - No. Continúa en la actividad 23.
15. Llena el formato F-PR-BAP-08 Hoja de Canalización Interna (Anexo 9).
16. Entrega el formato F-PR-BAP-08 Hoja de Canalización Interna (Anexo 9) de manera física la coordinadora para su conocimiento.

Coordinadora

17. Recibe el formato F-PR-BAP-08 Hoja de Canalización Interna (Anexo 9).
18. Elabora el formato F-PR-BAP-09 Hoja de Referencia (Anexo 10) con la información proporcionada en el formato F-PR-BAP-08 Hoja Canalización Interna (Anexo 9).
19. Entrega el formato F-PR-BAP-09 Hoja de referencia (Anexo 10) para Vo. Bo. de la persona titular del DAIF.

Titular del DAIF

20. Recibe el formato F-PR-BAP-09 Hoja de Referencia (Anexo 10).
21. Realiza oficio dirigido a la Dependencia que dará seguimiento al caso.
22. Envía el oficio a la Dependencia que dará seguimiento al caso junto con un acuse al Psicólogo (a)/Responsable de programa.

Psicólogo (a)/Responsable de programa.

23. ¿Se detecta alguna otra situación que amerite la referencia a otra institución?
 - Sí: Continúa en la actividad 24.
 - No: Continúa en la actividad 27.
24. Elabora el formato F-BR-BAP-09 Hoja de referencia (Anexo 10) recabando la firma de la persona usuaria y en caso de ser menor firma del tutor.
25. Entrega el formato F-BR-BAP-09 Hoja de referencia (Anexo 10) para Vo. Bo. de la persona titular del DAIF.
26. Entrega físicamente el formato F-BR-BAP-09 Hoja de referencia (Anexo 10) al paciente y recaba la firma de acuse.
27. Agenda la siguiente sesión.
28. Asigna número de expediente mediante registro en la base de datos de expedientes.
29. Registra a la persona usuaria nueva en la base de datos digital Registro Diario de Sesiones y en el Registro Mensual de Personas Usuarías.
30. ¿El usuario continúa asistiendo?

“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

Código
PR-DAS-AIF-09 R00

Fecha de emisión
21/11/2025

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán

- Sí: Continúa en la actividad 31.
- No: Continúa en la actividad 32.

31. Brinda Atención Psicológica de manera subsecuente llenando el formato F-BR-BAP-10 Hoja de Evolución (Anexo 11), correspondiente al expediente clínico.

32. Cierra y archiva el expediente.

Fin del procedimiento.

VI. INDICADOR

Indicador	Fórmula	Unidad de medida	Periodicidad	Meta
Variación porcentual de personas atendidas	$A = ((B - C) / C) * 100$ A = Porcentaje B = Total de personas atendidas en actividades de prevención en el periodo actual C = Total de personas atendidas en actividades de prevención en el periodo anterior.	Porcentaje	Trimestral	3%

“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

 RENACIMIENTO MAYA YUCATÁN GOBIERNO DEL ESTADO 2024 - 2030	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN Dirección de Asistencia Social		
Código PR-DAS-AIF-09 R00	Fecha de emisión 21/11/2025	Fecha de actualización No aplica	
Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán			

VII. ANEXOS

Código	Nombre del anexo	Ubicación	AT*	AC*	PTC*	Disposición final
No aplica	Diagrama de flujo del Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán.	AIF	5 años	5 años	10 años	Conservación
F-PR-BAP-01	Contrato de Atención Psicológica	AIF	3 años	4 años	7 años	Eliminación
F-PR-BAP-02	Consentimiento Informado	AIF	3 años	4 años	7 años	Eliminación
F-PR-BAP-03	Derechos de la persona Usuaría	AIF	3 años	4 años	7 años	Eliminación
F-PR-BAP-04	Aviso de Privacidad Simplificado	AIF	3 años	4 años	7 años	Eliminación
F-PR-BAP-05	Historia Clínica Psicológica Adultos	AIF	3 años	4 años	7 años	Eliminación
F-PR-BAP-06	Historia clínica para Niñas y Niños	AIF	3 años	4 años	7 años	Eliminación
F-PR-BAP-07	Historia clínica para Adolescentes	AIF	3 años	4 años	7 años	Eliminación
F-PR-BAP-08	Canalización Interna	AIF	3 años	4 años	7 años	Eliminación
F-BR-BAP-09	Hoja de referencia	AIF	3 años	4 años	7 años	Eliminación
F-BR-BAP-10	Hoja de Evolución	AIF	3 años	4 años	7 años	Eliminación

*AT= Archivo de trámite; AC= Archivo de concentración; PTC= Plazo total de conservación.

"La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera."

Código
PR-DAS-AIF-09 R00

Fecha de emisión
21/11/2025

Fecha de actualización
No aplica

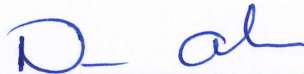
Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán

VIII. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Número de revisión	Actividad
21/11/2025	00	Generación del Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán.

IX. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO

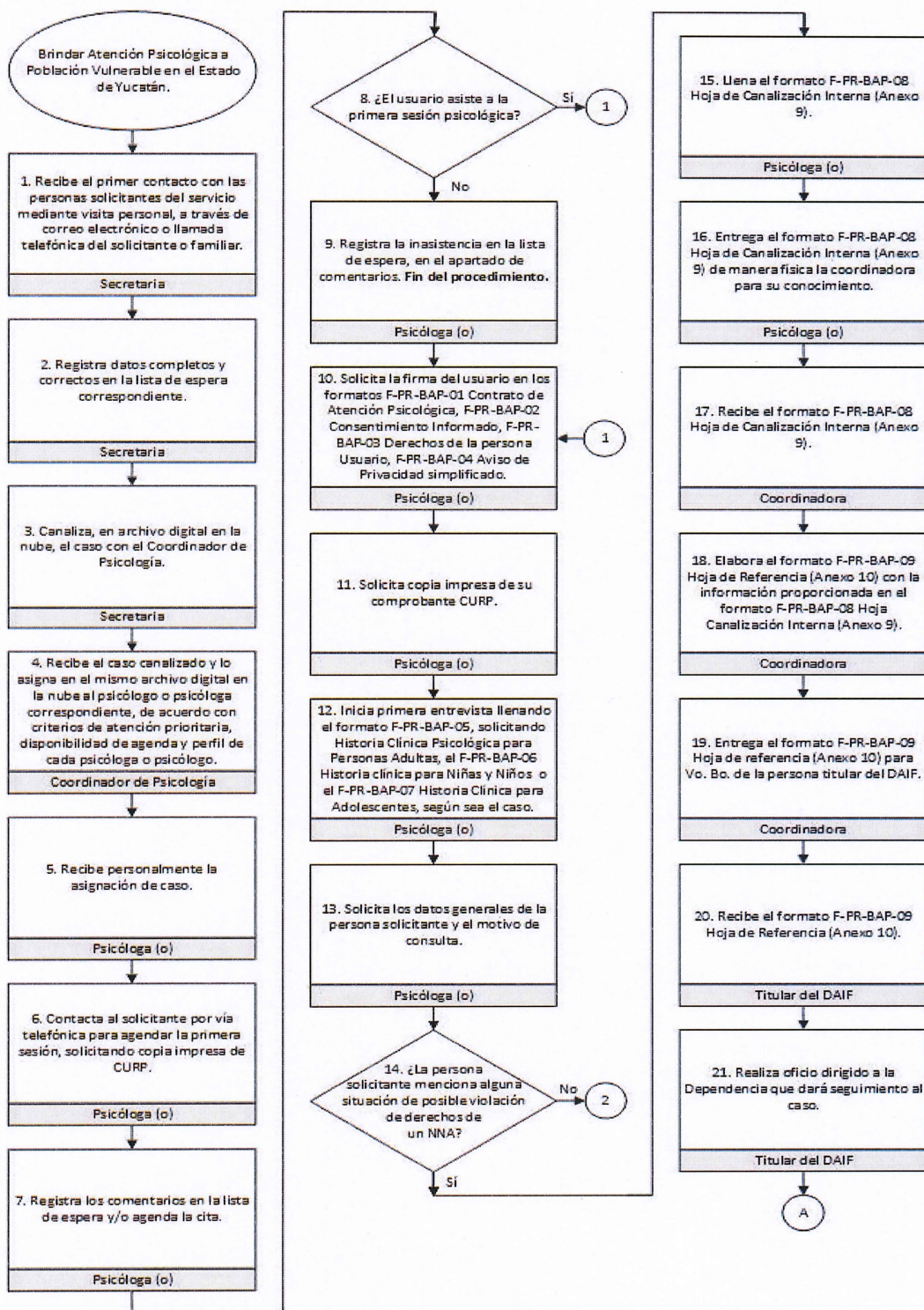
Autorizó



Lic. Doris Alejandra Nuñez Sulub
Directora de Asistencia Social del Sistema para el
Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

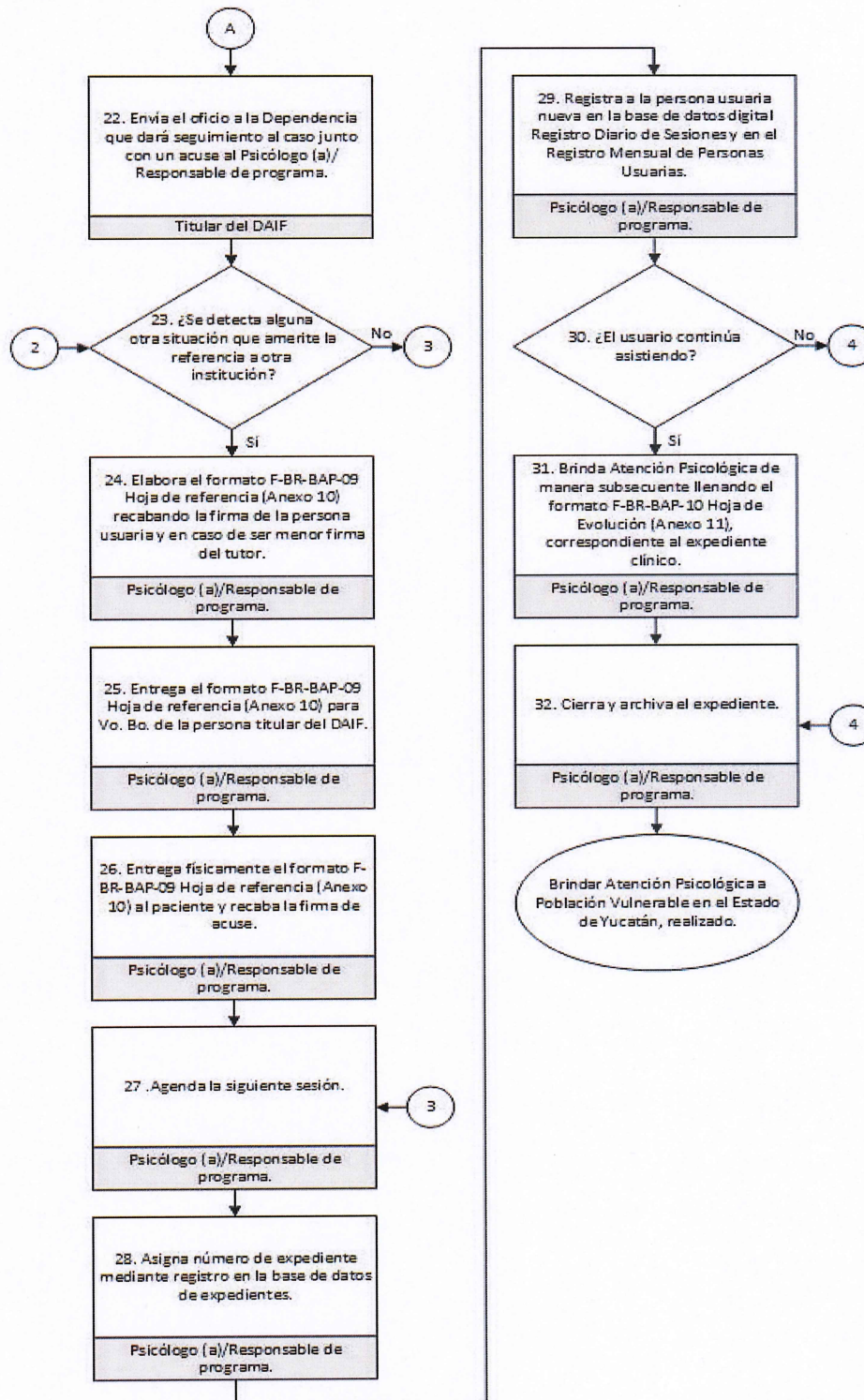
“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

Diagrama de Flujo del Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán



“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

Diagrama de Flujo del Procedimiento para Brindar Atención Psicológica a Población Vulnerable en el Estado de Yucatán



“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

Contrato de Atención Psicológica



**Departamento de Atención a la Infancia
y la Familia**

Los/as de abajo firmantes manifiestan estar de acuerdo con las siguientes condiciones de trabajo de atención psicológica propuestos por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

1. La duración de la atención será de aproximadamente 12 sesiones entendiéndose que según sea la situación podrán acordarse más o menos sesiones.
2. Tanto el/a usuario/a como el psicólogo/a podrán finalizar el proceso en el momento que lo considere pertinente.
3. El/a usuario/a acordará con el/a psicólogo/a las condiciones de trabajo en lo que se refiere a intervalo entre sesiones, reuniones familiares o individuales, trabajo en grupo, etc.
4. El DIF se compromete a guardar una estricta reserva sobre cualquier tema que el/a usuario/a hable con el/a psicólogo/a.
5. Se requieren 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Después de 3 cancelaciones continuas se dará de baja del servicio.
6. La duración de las sesiones es de 50 minutos aproximadamente, con un margen de 10 minutos de retraso, después de este tiempo se dará por cancelada la cita.
7. Los/as familiares de los/as usuarios/as en situación de riesgo, serán corresponsables de la participación y aprovechamiento durante el proceso de atención psicológica.

MANIFIESTO QUE HE ENTENDIDO Y ACEPTO LAS CONDICIONES QUE ANTECEDEN.

Firma del/a usuario/a

Firma del DIF

Fecha: _____

10-02

Consentimiento Informado



**Departamento de Atención a la Infancia
y la Familia**

A mi petición, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ha facilitado sus instalaciones y personal para brindarme a mí y a mi familia en su caso, el servicio de atención psicológica.

La información que el área o su personal obtenga durante la atención psicológica puede ser importante o significativa desde el punto de vista profesional y/o educativo y por ello estoy de acuerdo con que la información pueda ser utilizada como recurso para algún propósito educativo razonable.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento y el de mi familia en su caso, para que este proceso se lleve a cabo.

Cualquier información que sea revelada en las sesiones de atención psicológica será manejada confidencialmente excepto cuando se juzgue, con base en una evidencia particular o informe del/a usuario/a, que esté involucrado un acto delictivo o cuando el/a usuario/a tenga probabilidades de dañarse a sí mismo/a o a alguna tercera persona.

El/a usuario/a o la familia tienen el derecho de abandonar el programa en cualquier momento sin perjuicio para ellos/as.

Firma del/a usuario/a

Fecha: _____

ad-2

Derechos de la Persona Usuaría



**Departamento de Atención a la Infancia
y la Familia**

La persona usuaria del servicio de Psicología del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia tiene los siguientes derechos:

1. De recibir servicios de calidad, con oportunidad y con calidez, por parte de personal profesional y calificado.
2. De ser informados de las condiciones del servicio que se le propone o del servicio que está recibiendo actualmente, de las terapias o tratamiento y de las alternativas que se le pueden ofrecer, todo ello en un lenguaje que sea claro y entendible.
3. De permitir o rehusarse a cualquier tratamiento o terapia con el que no esté de acuerdo. Un padre/madre o tutor/a puede consentir o negar cualquier servicio o terapia en nombre de un/a usuario/a menor de edad.
4. De confidencialidad respecto a sus condiciones personales y de los servicios que reciban.
5. De ser informado/a de las razones por las cuales se le suspende el servicio y de recibir una explicación de por qué se tomó esta determinación.
6. Recibir los servicios sin discriminación.

Firma del/a usuario/a

Fecha: _____

20

Aviso de Privacidad Simplificado



Departamento de Atención a la Infancia y la Familia

El **DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA FAMILIA (DAIF)**, es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

Sus datos personales formarán parte de nuestros registros administrativos y serán utilizados, en forma enunciativa, más no limitativa, para: identificar, ubicar, comunicar, contactarle, para generar estadísticas, para dar cumplimiento a un mandato legal o para salvaguardar y proteger los derechos de niñas, niños y adolescentes, por cualquier medio que permita la ley para cumplir con nuestros fines sociales.

Transferencia de datos personales

Se informa que no se realizarán transferencias de los datos personales recabados.

Mecanismos para manifestar su negativa al tratamiento de datos personales

Puede manifestar su negativa a que sus datos personales sean tratados para alguna de las finalidades anteriores desde este momento, comunicándolo al correo electrónico solicitudes.dif@yucatan.org.mx

Sitio donde puede consultar el aviso de privacidad integral

Si desea conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrá consultar en nuestro portal de internet www.dif.yucatan.gob.mx

CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD

Acepto recibir el(los) servicio(s) que proporciona el **DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA FAMILIA (DAIF)**. También acepto que el personal de este Departamento recabe información personal sobre mí, necesaria para prestar los servicios.

Entiendo que la información personal que proporciona es confidencial. Solo se podrá divulgar información sobre mi relación con el **DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA FAMILIA** con mi consentimiento escrito y firmado sujeto a ciertas excepciones previstas en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Fecha: _____

Nombre y firma de la persona usuaria _____

Aviso de Privacidad Simplificado

El DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA FAMILIA (DAIF), es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

Sus datos personales formarán parte de nuestros registros administrativos y serán utilizados, en forma enunciativa, más no limitativa, para: identificar, ubicar, comunicar, contactar, para generar estadísticas, para dar cumplimiento a un mandato legal o para salvaguardar y proteger los derechos de niñas, niños y adolescentes, por cualquier medio que permita la ley para cumplir con nuestros fines sociales.

Transferencia de datos personales

Se informa que no se realizarán transferencias de los datos personales recabados.

Mecanismos para manifestar su negativa al tratamiento de datos personales

Puede manifestar su negativa a que sus datos personales sean tratados para alguna de las finalidades anteriores desde este momento, comunicándolo al correo electrónico solicitudes.dif@yucatan.gob.mx

solicitudes.dif@yucatan.gob.mx

Sitio donde puede consultar el aviso de privacidad integral

Si desea conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrá consultar en nuestro portal de internet www.dif.yucatan.gob.mx

www.dif.yucatan.gob.mx

CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO Y CONFIANZA

Acepto recibir el(los) servicio(s) que proporciona el DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA FAMILIA (DAIF). También acepto que el personal de este Departamento recabe información personal sobre mí, necesaria para prestar los servicios.

Entiendo que la información personal que proporciona es confidencial. Solo se podrá divulgar información sobre mi relación con el DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA FAMILIA con mi consentimiento escrito y firmado sujeto a ciertas excepciones previstas en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Fecha: _____

Nombre y firma de la persona usuaria _____

Historia Clínica Psicológica para Personas Adultas

Nombre		No. Expediente	
--------	--	----------------	--

4.4. Relaciones significativas y contexto (Escolares, laborales, amistades, actividades recreativas)

5. ESTUDIOS REALIZADOS (MÉDICOS Y/O PSICOLÓGICOS)

6. ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

7. FACTORES DE RIESGO

Suicidio	Sí	No	
Violencia	Sí	No	

8. OBJETIVO TERAPÉUTICO INICIAL

9. INTEGRACIÓN DE RESULTADOS

20-02

Historia Clínica Psicológica para Niñas y Niños



Departamento de Atención a la Infancia
y la Familia

Nombre: _____
Psicólogo/a: _____

No. Expediente: _____
Fecha: _____

1. DATOS GENERALES

CURP			
Domicilio			
Derechohabiente		Sexo	
Lugar de nacimiento		Edad	
Escolaridad		Lateralidad	

¿Habla Maya? Sí () No () ¿Consume sustancias? Sí () No () Discapacidad Sí () No ()

Madre/Tutor(a)			
CURP			
Estado civil		Edad	
Ocupación		Escolaridad	
Celular		Teléfono	

¿Habla Maya? Sí () No () ¿Consume sustancias? Sí () No () Discapacidad Sí () No ()

Padre			
CURP			
Estado civil		Edad	
Ocupación		Escolaridad	
Celular		Teléfono	

¿Habla Maya? Sí () No () ¿Consume sustancias? Sí () No () Discapacidad Sí () No ()

Persona(s) que responden la entrevista

20-02

Historia Clínica Psicológica para Niñas y Niños

Nombre

No. Exp

2. MOTIVO DE CONSULTA

2.1 Persona o institución que lo refiere: _____

2.2 Fecha de inicio de la conducta/padecimiento: _____

2.3. Circunstancias del descubrimiento (por el paciente, por los familiares, por el médico, profesorado, entre otros):

2.4. Curso de la conducta/padecimiento (inicio, mantenimiento, cambio, mejorías):

3. HISTORIA DE LA SALUD

a. Motivo de consulta (razón por la que es enviado(a) a atención psicológica):

b. Persona o institución que lo refiere: _____

c. Fecha de inicio de la conducta/padecimiento: _____

d. Circunstancias del descubrimiento (por el paciente, por los familiares, por el médico, profesorado, entre otros):

e. Curso de la conducta/padecimiento (inicio, mantenimiento, cambio, mejorías):

f. ¿Qué opina mamá, papá o tutores sobre el padecimiento del niño(a)?:

Historia Clínica Psicológica para Niñas y Niños

Nombre		No. Exp	
--------	--	---------	--

g. ¿Qué opina el niño(a) sobre el motivo de consulta?:

h. ¿Cómo se siente tanto la familia como el niño respecto con el motivo de consulta?:

i. Alteraciones visuales: _____

j. Alteraciones auditivas: _____

k. Alteraciones motoras: _____

l. Alteraciones sensitivas: _____

m. ¿Le han realizado estudios neurofisiológicos (EEG, TAC, IRM, otros)?

n. Problemas de sueño: _____

o. Enfermedades que ha presentado:

Enfermedades	Sí	No	Complicaciones
Poliomielitis			
Sarampión			
Varicela			
Paperas			
Cardiopatías			
Hepatitis			
Encefalitis			
Parasitosis			
Amigdalitis			
Accidentes			
Golpes en la cabeza			
Cirugías			
Gripas fuertes			
Fiebres mayores a 40°			
Convulsiones			

p. Medicamentos (dosis, tiempo de ingesta): _____

q. ¿Dónde recibe atención médica? Atención Pública Atención Privada

r. En general ¿cuál es su estado de salud? Bueno Regular Malo

4. HISTORIA DEL DESARROLLO

4.1. Condiciones prenatales

a. Parentesco entre los padres (casados, noviazgo, unión libre, entre otros): _____

b. Enfermedades en el momento de la concepción: _____

c. Reacción de ambos padres ante la noticia del embarazo:

10-02

Historia Clínica Psicológica para Niñas y Niños

Nombre _____

No. Exp _____

- d. Sexo esperado (ambos padres): _____
- e. Situación emocional de la madre durante el embarazo: _____
- f. Complicaciones durante el embarazo (enfermedades, accidentes, problemas emocionales, uso de sustancias, toma de medicamentos, tabaquismo, alcoholismo, exposición a rayos X, otros): _____
- g. Alimentación adecuada durante el embarazo: Sí _____ No _____
- h. Atención prenatal: Sí _____ No _____ ¿Dónde? _____
- i. Abortos previos (indicar cuántos y causa): _____

4.2. Condiciones perinatales

- a. Nacimiento: A término _____ Prematuro _____ Postérmino _____
- b. Semanas de gestación: _____
- c. Forma de nacimiento: Parto normal _____ Uso de fórceps _____ Cesárea _____ Otro: _____
- d. Peso: _____ Talla: _____ APGAR: _____
- e. Lloró al nacer: _____ Hipoxia: _____ Incubadora: _____
- f. Alimentación: Leche materna _____ Leche artificial: _____ Hasta qué edad: _____
- g. Dificultades u otros datos relevantes sobre el nacimiento: _____

4.3. Condiciones posnatales

- j. Estado emocional y de salud de la madre después del nacimiento: _____
- k. Descripción de la conducta y características del recién nacido durante las primeras semanas de vida: _____
- l. Persona(s) responsables del cuidado del recién nacido durante el primer año de vida: _____
- m. Desarrollo motor (indicar edad en la que lo logró)
Sostén cefálico _____ Sentarse _____ Gateo _____ Ponerse de pie solo _____
Caminar _____ Correr _____

Historia Clínica Psicológica para Niñas y Niños

Nombre		No. Exp	
--------	--	---------	--

4.4. Control de esfínteres

- Anal (excremento): _____ Vesical (orina): _____ Diurno: _____ Nocturno: _____
- Describe el método utilizado para el entrenamiento: _____
- Describe si hubo dificultad: _____

4.5. Desarrollo del lenguaje (proporcione ejemplo de las palabras y edades)

- Baluceo: _____
- Monosílabos: _____
- Trató de darse a entender con palabras: _____
- Primera palabra: _____
- Primera frase: _____
- Edad en la que habló bien: _____
- Siguió instrucciones orales: _____
- Dificultades actuales en el lenguaje: _____
- Peculiaridades: _____

4.6. Desarrollo socioafectivo

- Sonrisa social (imitación de la sonrisa de un adulto): _____
- ¿Cuántos amigos (as) tiene? _____
- ¿Qué opina de los amigos de su hijo(a)? _____
- Actividades que realiza con sus amigos: _____
- ¿Con quién se relaciona mejor su hijo(a)?
Niños de su edad _____ Niños mayores _____ Niños menores _____ Adultos _____
- ¿Con quién de los padres se identifica más el niño/ la niña? _____
- ¿Con quién de los padres convive más? _____
- ¿Qué actividades realiza la madre con el niño/ la niña?

- ¿Qué actividades realiza el padre con el niño/ la niña?

Historia Clínica Psicológica para Niñas y Niños

Nombre

No. Exp

j. ¿Cómo se acostumbra a corregir la conducta de su hijo?

k. ¿Cuáles y para qué conductas utiliza los siguientes métodos para manejar la conducta de su hijo(a)?

Métodos	Conducta	Frecuencia	Reacción (obedece/no obedece)
Regaños			
Castigos			
Golpes			
Sobornos			
Amenazas			
Explicaciones			
Otros			

l. Ante cuál método responde mejor el niño/la niña?

m. ¿Cómo se otorgan los premios?

n. ¿Cuáles son sus juegos o juguetes favoritos?

o. ¿Pertenece o participaba en alguna actividad deportiva o artística, además de la escuela?

p. ¿Qué actividades le gusta hacer?

q. Su hijo(a) ¿tiene hábitos o conductas problemáticas?

Conducta	Sí	No	Atención recibida
Dificultad para dormir			
Comerse las uñas			
Morderse o chuparse el dedo			
Movimientos de cabeza			
Enuresis			
Tocar constantemente sus genitales			
Conductas sexualizadas			
Otros			

Historia Clínica Psicológica para Niñas y Niños

Nombre	No. Exp
--------	---------

- r. ¿Cómo describiría la conducta de su hijo(a)? Sociable _____ Retraída _____ Agresiva _____ Servicial _____
Nerviosa _____ Latosa/hiperactiva _____ Dócil _____ Alegre _____ Tranquila _____ Distraída _____
Deprimida _____
- s. ¿Por qué? _____

4.7. Desarrollo sexual

- a. ¿A qué edad se dio cuenta su hijo(a) de que es niño(a)? _____
- b. ¿Se identifica bien su hijo(a) con niños(as) de su mismo sexo? _____
- c. ¿Le han proporcionado información sobre sexualidad? _____
- d. ¿Qué tipo de información? _____
- e. ¿Su hijo(a) muestra interés por tocarse los genitales? _____
- f. ¿Con qué frecuencia y en qué situación? _____
- g. ¿Cómo lo manifiesta? _____
- h. ¿Cuál es la reacción de usted(es) cuando lo hace? _____

5. HISTORIA ESCOLAR

- a. Edad a la que ingresó a: Guardería _____ Kinder _____ Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____
- b. ¿Ha reprobado algún grado escolar? _____ ¿Por qué? _____
- c. ¿Ha habido cambios frecuentes de escuela? _____
- d. ¿En qué ciclos escolares? _____
- e. ¿Cuál es la opinión de la maestra respecto con el niño? _____
- f. ¿Hay quejas de la conducta del niño en la escuela? _____
- g. ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Por qué? _____
- h. ¿Qué materia le gusta más y cuál menos? _____
- i. ¿Qué materia se le facilita y cuál se le dificulta? _____
- j. ¿Cuál ha sido su promedio los últimos dos años? _____
- k. ¿Le gusta participar en actividades extraescolares? _____ Ejemplo: _____
- l. ¿Cuál considera es el problema más importante de su hijo?
En su casa: _____ En la escuela: _____ En otros lugares: _____

Historia Clínica Psicológica para Niñas y Niños

Nombre		No. Exp	
--------	--	---------	--

6. DATOS SOCIECONÓMICOS (subrayar o tachar)

- Procedencia: Rural _____ Urbana _____
- Tipo de vivienda actual: Casa _____ Departamento _____
- Espacio: Compartido _____ Propia _____ Alquilada _____ Prestada _____
- Servicios: Luz _____ Drenaje _____ Asfalto _____ Teléfono _____ Agua potable _____ Automóvil _____ TV _____
Radio _____ Gas _____
- Número de personas que habitan en su casa (incluye al paciente): _____
- Número de personas que duermen en la misma habitación que el niño(a): _____

(Adaptado de Becerril, Sánchez y Esquivel, 2008)

7. ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

	Nombre	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación
Padre					
Madre					
Hermano (a)					
Hermano(a)					
Hermano(a)					

7.1. Familiograma/Genograma

Historia Clínica Psicológica para Adolescentes



**Departamento de Atención a la Infancia
y la Familia**

Nombre: _____ No. Exp: _____
Psicólogo/a: _____ Fecha: _____

1. DATOS GENERALES

CURP			
Domicilio			
Derechohabiente		Sexo	
Lugar de nacimiento		Edad	
Escolaridad		Religión	

¿Habla Maya? Sí () No () ¿Consume sustancias? Sí () No () Discapacidad Sí () No ()

Padre, madre, tutor/a			
CURP			
Ocupación		Escolaridad	
Edad		No. Teléfono	

¿Habla Maya? Sí () No () ¿Consume sustancias? Sí () No () Discapacidad Sí () No ()

2. OBSERVACIONES (Descripción física, lenguaje no verbal, actitud, etc.).

3. MOTIVO DE CONSULTA.

Handwritten signature/initials

Historia Clínica Psicológica para Adolescentes

Nombre

No. Exp

4. EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA.

Antecedentes

Evolución

Acciones realizadas en búsqueda de solución

5. DESARROLLO SEXUAL

Real

No.	Exp
-----	-----

Historia Clínica Psicológica para Adolescentes

Nombre

No. Exp

6.2. Vínculos afectivos, conflictivos y redes de comunicación

7. SITUACIÓN ACTUAL

a. Evaluación CASIC (Inicial). Fecha _____

Cognitivo	Afectivo	Somático
Interpersonal	Conductual	Consumo de sustancias

Historia Clínica Psicológica para Adolescentes

Nombre

No. Exp

b. Hábitos alimenticios

c. Patrones de sueño

8. VARIABLES RELACIONADAS CON EL AMBIENTE.

Sociales	Escolares
Culturales/Deportivas	Familia extensa

al

Historia Clínica Psicológica para Adolescentes

Nombre		No. Exp	
--------	--	---------	--

9. FACTORES PROTECTORES

Recursos personales	Sociales

10. DISEÑO DEL TRATAMIENTO

1. Objetivo del tratamiento	
Intervenciones potenciales	
Metas de resultados finales	
2. Objetivo del tratamiento	
Intervenciones potenciales	
Metas de resultados finales	

0-02

Historia Clínica Psicológica para Adolescentes

3. Objetivo del tratamiento	
Intervenciones potenciales	
Metas de resultados finales	

20-02



Departamento de Atención a la Infancia y la Familia

Nombre completo:			
Edad:		Estado Civil:	
Entrevistador:			
Fecha:		Hora:	

1. Relato de usuario:

[illegible]

2. ¿Desde cuándo comenzó a identificar la situación?

Firma y sello del apoderado

Hoja de Canalización Interna

3. Señale con una X sus emociones presentes:

Excitado	Abrumado	Culpable	Triste	Intranquilo	Exhausto	Enojado
Tenso	Contento	Aturdido	Temeroso	Solo	Jovial	Cómodo
Relajado	Receloso	Feliz	Optimista	Aburrido	Satisfecho	Energético
Otros:						

4. Señale con una X los síntomas físicos que ha presentado al momento de la entrevista:

Taquicardias	Dolores de cabeza	Dolores estomacales	Dolor abdominal	Alergias
Tics	Pérdida de peso	Menstruación dolorosa	Masturbación frecuente	Ataques de mareo
Asma	Dolor en las articulaciones	Disminución en la energía	Presión sanguínea alta	Presión sanguínea baja
Otros:				

Requiere canalización a: _____

OBSERVACIONES FINALES:

Nombre y firma del aplicador:

Departamento de Atención a la Infancia y la Familia

NOMBRE		NO. DE EXP.	
--------	--	-------------	--

[illegible]

Q. 2