



Municipalidad de Puerto Cortés  
Gerencia de Planificación y Desarrollo  
Departamento de Programas Sociales  
Programa de Salud / Bienestar y Salud Mental

**Ficha de Pacientes**

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_

No. Identidad \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Persona Responsable: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

Motivo de la Consulta: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Historia Clínica: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS

NUMERO P.

FECHA:

PACIENTE

EDAD

SEXO

CÓDIGO

DOC. IDENTIDAD

PROGRAMA

TELÉFONO

DIRECCIÓN

ESTADO CIVIL

OCUPACIÓN:

REMITE PACIENTE A:

PSIQUIATRA

NEUROLOGO

OTROS

CUALES?

DESCRIPCION

PSICOLOGO



Municipalidad de Puerto Cortes  
Departamento de Programa Sociales  
Atención Psicológica Municipal

Cuadro de Atención Personas Adultas

Fecha \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Nombre de la Psicóloga \_\_\_\_\_

No	Hora	Nombre del Paciente	Edad	Remitido por	Genero		Comunidad/Barrío/Colonia	Nombre del Responsable	No. Teléfono
					F	M			
Total									

