**CENTRO DE ATENCION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | D |  | MES |  | AÑO |  |
| **MUNICIPIO** | | | | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE | | | | | | |
| DIRECCION | | | | | | |
| TELEFONO | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. ASPECTO ECONOMICO FAMILIAR** | | | | |
| Tipo de vinculación al sistema económico | Formal |  | Informal |  |
| Promedio mensual de ingresos familiares | $ | | | |
| Promedio mensual de gastos |  | | | |
| Responsable de los ingresos familiares |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II DESCRIPCION DE LA VIVIENDA** | | | | | | | |
| TIPO |  | TENENCIA |  | MATERIAL |  | SERVICIOS PUBLICOS |  |
| CASA |  | PROPIA |  | BLOQUE |  | AGUA |  |
| CASALOTE |  | ARRIENDO |  | LADRILLO |  | LUZ |  |
| HABITACION |  | FAMILIAR |  | MADERA |  | GAS |  |
| INQUILINATO |  | INVASION |  | ZINC |  | ALCANTARILLADO |  |
| FINCA |  | ENCARGADO |  | OTROS |  | ACOMETIDAS LEGALES |  |

**Condiciones Higiénicas:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BUENA |  | REGULAR |  | INADECUADA |  |

**Condiciones habitacionales:**

|  |  |
| --- | --- |
| Número de habitaciones |  |
| Número de personas por habitación |  |
| Numero de baños |  |
| Espacios comunes |  |
|  |  |
| **III TIPOLOGIA FAMILIAR** | |
| Familia nuclear completa (padres e Hijos) |  |
| Familia nuclear incompleta (Viudez, separación, padres solteros |  |
| Familia Extensa (familiares de los padres) |  |
| Familia poli genética (hijos de relaciones previas) |  |
| Familias compuestas ( sin lazos consanguíneos) |  |
| Familia recompuesta (Nueva pareja) |  |
| Familia extensa unilateral |  |
| Familia extensa bilateral |  |
| Joven con pareja |  |
| Independiente |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Existen antecedentes en la familia por consumo de sustancias Psicoactivas, tabaquismo y/o Alcohol? | | | | | | |
| SI |  | NO |  | Cuáles? |  |  |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES: |

INTERVENCION EN CRISIS: SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PSICOLOGA (O)