

FORMATO DE NOTA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

Plantilla editable para documentar el seguimiento clínico y terapéutico del paciente

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y DEL PROFESIONAL

NOMBRE DEL CONSULTORIO O ESTABLECIMIENTO	TELÉFONO
DOMICILIO	
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA	CÉDULA PROFESIONAL

2. DATOS DEL PACIENTE Y DE LA SESIÓN

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		
EDAD	SEXO	NÚMERO DE EXPEDIENTE
FECHA ____ / ____ / ____	HORA ____ : ____	NÚMERO DE SESIÓN / MODALIDAD DE ATENCIÓN

3. OBJETIVO, EVOLUCIÓN Y ESTADO CLÍNICO

OBJETIVO DE LA SESIÓN
Meta clínica o terapéutica específica abordada durante esta sesión.

EVOLUCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO
Cambios desde la sesión anterior, síntomas, funcionamiento, eventos relevantes y respuesta al proceso terapéutico.

OBSERVACIONES CLÍNICAS / EXAMEN MENTAL
Apariencia y conducta, orientación, atención, lenguaje, estado de ánimo, afecto, pensamiento, percepción, juicio e introspección, según corresponda.

RIESGO Y FACTORES PROTECTORES (CUANDO CORRESPONDA)
Ideación o conducta de riesgo, violencia, consumo, red de apoyo, recursos personales y medidas adoptadas.

SIGNOS VITALES Y DATOS ANTROPOMÉTRICOS (CUANDO SE CONSIDEREN NECESARIOS)						
PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA	PESO	TALLA	OTROS

4. DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO E INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS

Diagnóstico, hipótesis o problemas clínicos vigentes; señalar cambios cuando corresponda.

PRONÓSTICO

Curso esperado y factores que pueden influir en la evolución.

RESUMEN DE LA SESIÓN: ACTIVIDADES, TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS APLICADAS

Intervenciones psicológicas realizadas, temas abordados y respuesta relevante.

RESULTADOS DE LA SESIÓN / RESPUESTA DEL PACIENTE

Conducta, disposición, comprensión, avances, dificultades y acuerdos alcanzados.

5. PLAN TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO

TRATAMIENTO E INDICACIONES

Continuidad, modificaciones, frecuencia sugerida, psicoeducación, recomendaciones y medidas de seguridad, según corresponda.

ACTIVIDADES O TAREAS ACORDADAS

Ejercicios, registros o acciones que realizará antes de la siguiente sesión.

PLAN PARA LA SIGUIENTE SESIÓN

Objetivos, temas, instrumentos o acciones previstas.

REFERENCIA / INTERCONSULTA / CANALIZACIÓN (SI APLICA)**FECHA DE PRÓXIMA SESIÓN**

___ / ___ / ____

6. VALIDACIÓN Y FIRMAS

PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA	PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
Nombre completo, firma y cédula profesional	Nombre completo y firma

AVISO: Formato orientativo basado en la NOM-004-SSA3-2012. Debe adaptarse al caso y a la modalidad terapéutica. No sustituye el criterio profesional ni garantiza por sí solo el cumplimiento normativo.