

**CUESTIONARIO SUPLEMENTARIO DE ESTATUS MENTAL**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ # SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO CONTINÚA EN TRATAMIENTO FINALIZÓ

\_\_\_\_\_  SI  NO \_\_\_\_\_  
MES/DÍA/AÑO MES/DÍA/AÑO

DIAGNÓSTICO (Utilizar nomenclatura del DSM III y códigos numéricos)

I \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_  
III \_\_\_\_\_ IV I \_\_\_\_\_  
V \_\_\_\_\_

Favor de responder a todas las preguntas. Puede utilizar páginas adicionales, de ser necesario.

Explique la razón principal por la cual el paciente solicita tratamiento. Describa cuándo y cómo se manifestó la condición. Resuma tratamientos previos y estudios, si algunos.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa la condición actual y estatus mental. Incluya la duración y severidad de los impedimentos de funcionalidad, además de los factores estresantes.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos: Anote los medicamentos más recientes, fecha de comienzo e incluya posibles efectos secundarios.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Duración y Tratamiento: Favor de resumir las metas del tratamiento actual y tiempo estimado para lograrlas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_