

HOJA DE INGRESO

Fecha de ingreso:_____ Hora:__:__

1. Datos del Usuario.

Nombre del Usuario _____ Sexo:_____

Fecha de nacimiento:_____

Edad:_____ Direccion:_____

Telefono(s):_____ Nacionalidad:_____ Estado Civil:_____

Escolaridad:_____ Ocupación:_____

¿Cuántos ingresos previos ha tenido en el establecimiento?_____ Fecha(s):_____

¿Lo refiere alguna institución? () Si () No ¿Cuál?_____

¿Presenta hoja de referencia? () Si () No *EN CASO AFIRMATIVO ANEXAR ALEXPEDIENTE

Tipo de ingreso actual:() Voluntario () Involuntario () Obligatorio

Motivo de Consulta:

Alcohol		Codependencia	
Drogas		Cutting	
Anorexia		Adicción a Mx	
Bulimia		Ludopatía	
Depresión		Ansiedad	

Descripción breve del estado salud general del usuario:

2. Datos del Familiar o representante legal:

Nombre:_____ Edad:_____ Ocupación:_____

Parentesco:_____ Dirección:_____

Ciudad:_____ Municipio:_____

Teléfono(s) +() _____ / _____.

3. Criterios clínicos de inclusión a el tratamiento:

SI	NO

El usuario es Mujer

El usuario esta entre los 12 y 59 años de edad.

El usuario presenta un nivel de dependencia al alcohol o drogas

El usuario presenta alguna (s) consecuencia asociada al consumo

El usuario presenta algún trastorno mental o psiquiátrico que le impida beneficiarse del tratamiento

¿El usuario cumple con todos los criterios de admisión al tratamiento?