



10 FORMATOS INICIALES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Asignatura: Rehabilitación de la Conducta

Nombre del alumno(a): Guillermo Montes Guzmán
Nombre del docente: Benny Cèsar Cortes Gòmez
Institución: INSEDU
Grupo: J
Fecha de entrega: 10 Octubre 2026

Tabla de Contenido

1. Lista validada de formatos.....	3
2. Formatos profesionales editables.....	4
Formato 1. Ficha de admisión.....	4
Formato 2. Consentimiento informado.....	5
Formato 3. Aviso de privacidad y autorización digital.....	5
Formato 4. Entrevista clínica inicial.....	7
Formato 5. Examen mental y valoración inicial	8
Formato 6. Plan de intervención	10
Formato 7. Nota de evolución por sesión	11
Formato 8. Registro de evaluación psicológica	12
Formato 9. Canalización y coordinación interprofesional.....	13
Formato 10. Cierre, alta y seguimiento.....	14
3. Orientaciones de uso y resguardo.....	15
Referencias	16

1. Lista validada de formatos

La carpeta mínima recomendada se organiza en cinco momentos: admisión, consentimiento y privacidad, evaluación, intervención y cierre/seguimiento. En México, el expediente debe gestionarse con especial atención a la NOM-004-SSA3-2012 cuando resulte aplicable, y a los principios de confidencialidad, consentimiento informado, competencia profesional y protección de datos.

Admisión e identificación: Ficha de admisión y datos de contacto.

Consentimiento: Consentimiento informado para evaluación e intervención psicológica.

Privacidad: Aviso de privacidad y autorización para comunicación/uso de medios digitales.

Expediente: Carátula, control de sesiones y registro cronológico.

Evaluación: Entrevista clínica inicial, antecedentes, examen mental y formulación del caso.

Riesgo: Formato de valoración de riesgo suicida, autolesión, violencia o riesgo para terceros, con plan de seguridad y referencias.

Plan: Plan de intervención y objetivos terapéuticos.

Sesiones: Nota de evolución / nota clínica por sesión.

Evaluación de resultados: Registro de instrumentos, resultados, interpretación y devolución.

Cierre: Alta, cierre terapéutico, seguimiento y canalización.

Menores: Consentimiento del padre/tutor y asentimiento de niñas, niños o adolescentes.

Administrativo: Honorarios, cancelaciones, límites de contacto y autorización para coordinación interprofesional.

Indispensables para iniciar: ficha de admisión, consentimiento informado, aviso de privacidad, entrevista clínica, evaluación de riesgo, expediente y nota de cada sesión. Los demás se activan según el caso y el servicio.

Control general del expediente

Folio / número de expediente: _____	Fecha de apertura: _____
Profesional responsable: _____	Cédula profesional (si aplica): _____
Tipo de atención: _____	Número de sesiones: _____
Estado del expediente: ☐ activo ☐ cerrado ☐ canalizado _____	Fecha de última actualización: _____

2. Formatos profesionales editables

Formato 1. Ficha de admisión

FORMATO 01

Objetivo: registrar los datos indispensables para identificar a la persona usuaria y organizar el inicio de la atención.

Folio / número de expediente: _____ _____	Fecha de apertura: _____ _____
Nombre completo: _____ _____	Nombre preferido / pronombres (opcional): _____ _____
Fecha de nacimiento: _____ _____	Edad: _____ _____
Identidad de género (opcional): _____ _____	Estado civil (opcional): _____ _____
Escolaridad: _____ _____	Ocupación: _____ _____
Teléfono: _____ _____	Correo electrónico: _____ _____
Domicilio (solo si es necesario): _____ _____	Contacto de emergencia y parentesco: _____ _____
Persona o institución que refiere: _____ _____	Profesional responsable: _____ _____

Datos del servicio

☐ Atención presencial	☐ Videollamada
☐ Modalidad híbrida	☐ Evaluación psicológica
☐ Intervención / rehabilitación	☐ Orientación

Motivo de consulta (en palabras de la persona): _____ _____
Necesidades de accesibilidad, idioma o ajustes razonables: _____ _____
Observaciones administrativas relevantes: _____ _____

Formato 2. Consentimiento informado

FORMATO 02

Objetivo: documentar que la persona recibió información suficiente y acepta voluntariamente el servicio.

Yo, _____, declaro que recibí una explicación clara sobre la naturaleza, objetivos, modalidad, duración aproximada y límites del servicio psicológico que proporcionará _____. Tuve oportunidad de hacer preguntas y comprendo que puedo expresar mis dudas, aceptar o rechazar procedimientos y retirar mi consentimiento conforme a las condiciones aplicables.

☐ Comprendo el alcance de la evaluación y/o intervención.
☐ Conozco beneficios esperados, posibles molestias y alternativas.
☐ Comprendo la confidencialidad y sus límites legales o de seguridad.
☐ Se explicaron honorarios, cancelaciones y contacto entre sesiones.
☐ Se explicó qué hacer en caso de urgencia.
☐ Autorizo la integración y resguardo del expediente.

Servicio aceptado: ☐ evaluación ☐ intervención ☐ orientación ☐ otro: _____	Modalidad y frecuencia aproximada: _____ _____
Duración estimada del proceso: _____ _____	Honorarios y forma de pago (si aplica): _____ _____
Procedimiento de urgencia / canalización explicado: _____ _____ _____	Dudas expresadas y aclaraciones proporcionadas: _____ _____ _____
Nombre y vínculo del representante legal (si aplica): _____ _____	

Firma de la persona usuaria: _____ _____	Fecha: _____ _____
Firma del profesional responsable: _____ _____	Cédula profesional (si aplica): _____ _____
Firma del representante legal (si aplica): _____ _____	Fecha: _____ _____

Formato 3. Aviso de privacidad y autorización digital

FORMATO 03

Objetivo: informar cómo se tratarán los datos personales y documentar autorizaciones específicas.

Responsable del tratamiento de datos: _____
Domicilio o medio de contacto del responsable: _____
Datos recabados: _____ _____
Finalidades de uso de la información: _____ _____
Medio para ejercer los derechos que correspondan: _____
Periodo o criterio de conservación del expediente: _____
Medidas de protección y personas autorizadas para acceder: _____ _____

Autorizaciones opcionales

☐ Autorizo contacto por teléfono.
☐ Autorizo contacto por correo electrónico.
☐ Autorizo contacto por mensajería.
☐ Acepto videollamadas para el servicio acordado.
☐ Comprendo que estos medios no sustituyen la atención de emergencias.
☐ Autorizo coordinación con otro profesional, según se especifique.
☐ Autorizo uso académico de información anonimizada.
☐ Autorizo grabación de audio/video, solo si se especifica finalidad y plazo.

Profesional/institución con quien se autoriza coordinar: _____ _____	Finalidad y alcance de la información compartida: _____ _____ _____
Finalidad, plazo y condiciones de grabación (si aplica): _____ _____ _____	Nombre y firma de la persona titular / representante: _____ _____
Fecha: _____ _____	

Formato 4. Entrevista clínica inicial

FORMATO 04

Objetivo: explorar el motivo de consulta, antecedentes, contexto y funcionamiento actual.

Fecha:	_____
Número de sesión:	_____
Duración:	_____
Modalidad:	_____
Motivo de consulta y expectativas:	_____ _____
Inicio, curso, frecuencia e intensidad del problema:	_____ _____
Situaciones desencadenantes:	_____ _____
Factores que mantienen o agravan la dificultad:	_____ _____
Recursos personales, fortalezas y red de apoyo:	_____ _____
Antecedentes médicos y psicológicos relevantes:	_____ _____
Antecedentes familiares y contexto sociocultural:	_____ _____
Consumo de sustancias y medicamentos (si procede):	_____ _____
Tratamientos anteriores y respuesta:	_____ _____
Funcionamiento actual: sueño, alimentación, estudio/trabajo y relaciones:	_____ _____
Hipótesis iniciales (diferenciar de hechos confirmados):	_____ _____
Plan de evaluación y siguientes pasos:	_____ _____

Formato 5. Examen mental y valoración inicial

FORMATO 05

Objetivo: registrar observaciones clínicas iniciales y documentar la exploración de riesgos.

Fecha y sesión: _____
Profesional que realiza la valoración: _____
Apariencia y conducta observada: _____ _____
Actitud y colaboración: _____ _____
Conciencia, orientación y atención: _____ _____
Lenguaje y curso/contenido del pensamiento: _____ _____
Ánimo y afecto: _____ _____
Percepción: _____ _____
Memoria y funciones cognitivas observables: _____ _____
Juicio e introspección: _____ _____

Exploración de riesgo

Registrar los hallazgos, no solo marcar una casilla. La clasificación debe sustentarse en una valoración profesional.

☐ Riesgo suicida: no identificado	☐ Riesgo suicida: bajo
☐ Riesgo suicida: moderado	☐ Riesgo suicida: alto
☐ Autolesión: explorada	☐ Riesgo de violencia/daño a terceros: explorado
☐ Factores protectores identificados	☐ Red de apoyo identificada

Hallazgos relevantes y factores de riesgo: _____ _____
Factores protectores: _____

Acciones realizadas / plan de seguridad:
Canalización, persona contactada y hora (si aplica):
Seguimiento requerido y responsable:

Formato 6. Plan de intervención

FORMATO 06

Objetivo: establecer prioridades, objetivos observables, estrategias e indicadores para revisar avances.

Fecha de elaboración:
Fecha de revisión:
Necesidad o problema prioritario 1:
Línea base / conducta actual observable:
Objetivo específico, medible y con plazo:
Estrategias o técnicas previstas y fundamento:
Indicador de avance y método de registro:
Necesidad o problema prioritario 2:
Línea base / conducta actual observable:
Objetivo específico, medible y con plazo:
Estrategias o técnicas previstas y fundamento:
Indicador de avance y método de registro:
Participación, preferencias y acuerdos de la persona:
Barreras previsibles y apoyos necesarios:
Frecuencia de sesiones y responsables:
Criterios para revisar o modificar el plan:

Formato 7. Nota de evolución por sesión

FORMATO 07

Nota de evolución por sesión

Objetivo: dejar constancia cronológica de los cambios, intervenciones, respuesta y acuerdos de cada sesión.

Folio / expediente:	
Fecha:	
Número de sesión:	
Modalidad:	
Asistencia: ☐ asistió ☐ canceló ☐ inasistencia	
Estado actual y cambios desde la sesión anterior:	
Temas y hechos clínicamente relevantes:	
Intervenciones aplicadas:	
Respuesta de la persona a las intervenciones:	
Revisión de riesgo y cambios identificados:	
Tareas, ejercicios o acuerdos:	
Plan para la siguiente sesión:	
Necesidad de supervisión, consulta o canalización:	
Nombre, firma y cédula del profesional (si aplica):	

Formato 8. Registro de evaluación psicológica

FORMATO 08

Objetivo: documentar la pregunta de evaluación, técnicas utilizadas, resultados, límites e integración.

Pregunta o motivo de evaluación: _____ _____
Instrumento o técnica, autoría y versión: _____ _____
Fecha, lugar y condiciones de aplicación: _____ _____
Profesional que aplica e interpreta: _____
Puntuaciones y datos observados: _____ _____
Conducta durante la aplicación: _____ _____
Validez, limitaciones y factores contextuales: _____ _____
Integración e interpretación de los hallazgos: _____ _____
Relación con entrevista y otras fuentes: _____ _____
Devolución realizada a la persona y fecha: _____ _____
Recomendaciones y próximos pasos: _____ _____

Formato 9. Canalización y coordinación interprofesional

FORMATO 09

Objetivo: documentar la razón de la referencia, la información autorizada y el seguimiento.

Fecha de canalización:	<hr/>
Folio / expediente:	<hr/>
Motivo y necesidad identificada:	<hr/> <hr/>
Profesional o institución receptora:	<hr/> <hr/>
Datos de contacto de la institución receptora:	<hr/> <hr/>
Prioridad: ☐ rutinaria ☐ pronta ☐ urgente	<hr/>
Información compartida y finalidad:	<hr/> <hr/>
Autorización de la persona / representante y fecha:	<hr/> <hr/>
Medidas inmediatas tomadas (si aplica):	<hr/> <hr/>
Recomendaciones comunicadas a la persona:	<hr/> <hr/>
Fecha prevista de seguimiento:	<hr/>
Resultado de la canalización / respuesta recibida:	<hr/> <hr/>
Responsable del seguimiento:	<hr/>

Formato 10. Cierre, alta y seguimiento

FORMATO 10

Objetivo: registrar la terminación del proceso, el estado al cierre, las recomendaciones y el seguimiento acordado.

Folio / expediente: _____ _____	Fecha de cierre: _____ _____
Número total de sesiones: _____ _____	Profesional responsable: _____ _____

Tipo de cierre

☐ Objetivos alcanzados total o parcialmente	☐ Cierre acordado con la persona
☐ Alta administrativa	☐ Interrupción / abandono
☐ Canalización a otro servicio	☐ Seguimiento programado

Motivo de terminación: _____ _____
Resumen del proceso y objetivos trabajados: _____ _____
Estado y funcionamiento al cierre: _____ _____
Avances observados e indicadores de resultado: _____ _____
Señales de alerta y prevención de recaídas revisadas: _____ _____
Recomendaciones, recursos de apoyo y referencias: _____ _____
Seguimiento acordado: ☐ sí ☐ no; fecha y modalidad:
Motivos por los que no se concreta seguimiento (si aplica): _____ _____
Firma de la persona usuaria: _____
Firma del profesional responsable: _____

3. Orientaciones de uso y resguardo

- Usar un identificador de expediente y evitar dejar diagnósticos o datos sensibles visibles en la portada.
- Registrar hechos clínicamente relevantes, fecha, fuente, decisiones y justificación; diferenciar datos observados de hipótesis.
- Conservar únicamente la información necesaria, controlar accesos y documentar entregas o copias.
- Adaptar consentimiento y asentimiento para menores; explicar confidencialidad con lenguaje comprensible.
- Definir antes de iniciar qué ocurre ante riesgo, ausencia, contacto fuera de sesión, supervisión y canalización.
- Revisar periódicamente la normativa vigente, requisitos institucionales y obligaciones fiscales/profesionales.

Estos formatos no sustituyen la evaluación clínica, la supervisión ni los protocolos de emergencia. La práctica debe realizarse dentro de las competencias profesionales y con actualización continua.

Referencias

- Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México. (2018). Código de ética de las y los psicólogos mexicanos. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/CodigoEticaPsicologosMexicanos.pdf
- Secretaría de Salud. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
- Secretaría de Salud. (2014). Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). Código ético del psicólogo (5.^a ed.). Trillas. https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Congreso de la Unión. (2010). Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Diario Oficial de la Federación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>