

Ficha de Paciente

Fecha: __/__/__

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

| |
|--|
| Nombre: _____ Apellidos: _____ DNI: _____ |
| – |
| Fecha de Nacimiento: __/__/__ Sexo: __V__M |
| Colegio: _____ |
| Dirección: _____ Ciudad: _____ CP: _____ |
| – |
| Tlf Contacto: _____/_____ email: _____ |
| Nombre Padre/Madre/Tutor: _____ |

El paciente (su tutor en su caso) está de acuerdo en completar la presente Ficha de Paciente cuyo objetivo no es otro que recabar los datos personales, anamnesis e historia clínica del paciente, así como una serie de datos de carácter comercial para el uso interno exclusivo de AITTA.

Se le informa al paciente/tutor que los datos personales serán incorporados y tratados en un fichero de carácter confidencial, inscrito en la Agencia de Protección de Datos Española (www.agpd.es), con la finalidad de hacer un seguimiento adecuado a su caso y contar con sus datos de contacto para cualquier eventualidad, pudiéndose realizar las cesiones previstas en la Ley. La persona responsable del fichero es Ainhoa Uribe Gutiérrez con domicilio en c/ Víctor de la Serna, 5 1ºC 28016 Madrid, ante el cual los interesados podrán ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición, dirigiendo un escrito a Ainhoa Uribe Gutiérrez, a la dirección mencionada, indicando su nombre, dirección y petición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El paciente/tutor declara haber sido informado de que en base a la información recopilada en la presente Ficha de Paciente, AITTA determinará el tratamiento más adecuado a sus necesidades. En caso de aceptar el tratamiento propuesto, el paciente tutor reconoce haber sido informado de la conveniencia de seguir las pautas marcadas por el profesional encargado de su caso para obtener unos resultados óptimos. La suspensión del tratamiento se realizará en todo caso de forma presencial y previo concierto de la cita por cualquiera de las vías habilitadas al efecto, de las que el paciente/tutor declara haber sido informado.

La anulación o cambio de las citas habrá de ser realizada con un mínimo de 4 horas de antelación para asegurar una correcta atención y gestión de la agenda. De no ser así, deberá abonarse el 50% del importe de la misma.

Las sesiones se abonarán al final de cada una de ellas en metálico. En el caso de bonos de tratamiento, el pago podrá realizarse también por transferencia bancaria presentando el debido justificante.

ANAMNESIS

¿Cómo fue el embarazo? ¿Y el parto?

¿Cómo fue el desarrollo durante los primeros años de vida?

Edad a la que logró:

- marcha
- continencia diurna / nocturna
- habla

¿Cómo comía en los primeros años?

¿Cómo dormía en los primeros años?

¿Asistió a guardería? ¿Cómo fue la adaptación?

¿Cómo se adaptó al colegio?

¿Cómo escogieron el nombre que lleva? ¿Por qué?

¿Tiene hermanos?

¿Cómo se relaciona con ellos?

¿Cómo va al colegio / instituto?

Académicamente, ¿cómo ha sido su evolución?

¿Cómo es un día cualquiera para él/ella?

¿Cómo es un día de fiesta?

¿Ha permanecido siempre en la misma ciudad o colegio?

¿Qué enfermedades ha tenido? ¿Ha tenido algún accidente / operación?

¿Tiene un grupo de amigos?

¿Cómo se relaciona con sus iguales?

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Edad de aparición de los síntomas

¿A qué lo atribuyen?

Diagnósticos anteriores/Tratamientos anteriores

Descripción del comportamiento en casa

Comportamiento con algunos familiares concretos (en el caso de que sea distinto al general)

Comportamiento en la escuela

Comportamiento en otros ambientes que frecuenta

¿Vienen los padres porque lo consideran necesario o porque alguien les ha aconsejado?

¿Quién?

¿Están ambos padres de acuerdo en que el niño tiene un problema o necesita asistencia?

¿Cómo describiría el clima en la relación familiar?

DATOS COMERCIALES

¿Cómo nos has conocido? Internet Paciente de AITTA Colegio Otros:

¿Te interesa recibir nuestra newsletter mensual en tu dirección de e-mail? SI NO

¿Es la primera vez que recibes algún tipo de tratamiento/terapia psicológico? SI NO

Y para que así conste,

Firma

En Madrid, a ____ de _____ de 20____