



EVALUACIÓN PSICOFÍSICO

Fecha: _____ / _____ / _____

Apellidos y nombres: _____

Domicilio: _____ Teléfono N°: _____

SI	NO		SI	NO		SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sordera o Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin habla durante pocos minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de audífonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades en tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con su memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos del equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento por alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento por toxicomania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con el habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Que realizar electroencefalograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Presión sanguínea alta
							Enfermedad cardíaca
							Amputaciones
							Visión disminuida
							Usa lentes
							Familiares con antedec. de suicidio
							Familiares con antedec. sicóticos
							Familiares con impulsos descontrol
							Fracturas

	SI	NO
Ha sido operado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvo que dejar de trabajar por razones de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le negaron algunas vez un seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hábitos: Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha utilizado drogas de abuso (coca, marihuana, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene sueño tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes sufridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		De donde:
		Motivo:
		Motivo:
		Cantidad por día:
		Cuándo:
		Cuáles y cuánto al por día
		Cuántas horas duerme:
		Cuando y como:

EXAMEN PSÍQUICO

A	ASPECTO:	SI	Normal	NO	Patológico				
B	ORIENTACIÓN:	SI	Global	SI	Desorientado				
C	PENSAMIENTO DE CURSO ACCELERADO:	NO	Normal	NO	Lento	NO	Disgregado	NO	Fuga de ideas
D	CONCIENCIA:	NO	De situación	NO	De enfermedad				
E	ATENCIÓN:	NO	Normal	NO	Paraprosexia	NO	Hipo-hiperprosexia		
F	SENSOPERCEPCIÓN:	NO	Normal	SI	Alucinaciones				
G	AFFECTIVIDAD:	NO	Eutimia	NO	Hipertimia placentera	NO	Displacentera	NO	Disminuida
H	CONTROL DE IMPULSOS			NO	Adecuados	SI	No adecuados		
I	JUICIO:	NO	Conservado	NO	Desviado	NO	Disminuido	NO	Desviado
J	INTELIGENCIA:	SI	Normal	SI	Déficit	NO	Insuficiente		