



Informe Clínico de Salud Mental 2026

Lugar y fecha:.....

Datos de evaluado

Apellido y nombres:

D.N.I. N°

Edad:

Datos de evaluador

Apellido y nombres:

Título habilitante:

Matrícula N°

Dirección laboral:

Teléfono de contacto:

Método de Evaluación utilizados. Técnicas y pruebas administradas

.....
.....
.....

Evaluación General

Antecedentes personales y familiares de problemáticas de salud mental

.....
.....
.....

Estado psíquico actual. Características de personalidad e indicar si presenta trastorno de personalidad. Si se sugiere inicio o continuidad de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

.....
.....
.....

Informe: (marcar con una **x** cual corresponda)

- Presenta Discapacidad intelectual
SI ___ **NO** ___



- Posee antecedentes u observables actuales de consumo problemático de sustancias
SI ___ NO ___
- Padece Epilepsia
SI ___ NO ___
- Presenta indicadores de organicidad
SI ___ NO ___
- Manifiesta deterioro de criterio de realidad. Psicosis
SI ___ NO ___

Observaciones

.....

.....

.....

Conclusiones Psicodiagnósticas

.....

.....

.....

.....

APTO

NO APTO

.....

Firma y sello profesional