

## HISTORIA DE ENFERMERIA

**MOTIVO DE INGRESO:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE INGRESO:**

- ☐ Voluntario  
☐ Forzoso ☐ Orden Judicial ☐ Autorización judicial adjunta  
☐ Autorización judicial solicitada  
☐ Menor de edad. Consentimiento firmado por padres o tutores

**PROCEDENCIA DEL PACIENTE:**

- ☐ Urgencias. ☐ Observación de Urgencias ☐ Programado.Domicilio.  
☐ Consulta externa ☐ Servicio de \_\_\_\_\_ ☐ Otros \_\_\_\_\_

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE PRECISA INMEDIATOS AL INGRESO:**

- ☐ Habituales. Información. Observación.  
☐ Contención mecánica. ☐ Administración de sedantes vía parenteral.  
☐ Sueroterapia. ☐ Sondajes.  
☐ Vigilancia estrecha. ☐ Riesgo de autolesión o suicidio.  
☐ Riesgo de heteroagresión.  
☐ Riesgo de fuga.  
☐ Otros. Especificar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CUIDADOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS:**

Tipo de dieta \_\_\_\_\_  
Observaciones sobre la alimentación \_\_\_\_\_  
Observaciones sobre la higiene personal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN FÍSICA AL INGRESO:**

Tensión arterial \_\_\_\_\_ mmHg  
Frecuencia cardiaca \_\_\_\_\_ lat./min.  
Temperatura \_\_\_\_\_ °C.  
Lesiones corporales (especificar si existen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Otras observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

☐ No constan

☐ En tratamiento o consulta por \_\_\_\_\_

Ingresos anteriores:

**SI**

**NO**

☐ En esta Unidad ☐ En otros centros

Diagnósticos anteriores: \_\_\_\_\_

Medicación psicotropa que utilizaba en casa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MÉDICO-QUIRÚRGICOS:

☐ H.T.A. ☐ Diabetes mellitus ☐ E.P.O.C. ☐ Cardiopatía

☐ Alergias: \_\_\_\_\_

☐ Intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Otros.Especificar: \_\_\_\_\_

Tratamientos y cuidados que precisa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HÁBITOS TÓXICOS:

Consumo de Tabaco: ☐ Si ☐ No Consumo de alcohol: ☐ Si ☐ No

En ingresos para deshabituación alcohólica:

Tipo de alcohol: ☐ Vinos y bebidas de baja graduación

☐ Licores o bebidas de alta graduación

☐ Todo tipo de bebidas

Tiempo transcurrido desde la última ingesta de alcohol: \_\_\_\_\_

Consumo de otras drogas: ☐ Si ☐ No

Especificar tipo y tiempo transcurrido desde última dosis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abuso de fármacos: ☐ Si ☐ No Especificar \_\_\_\_\_

Determinación de tóxicos en orina ☐ Si ☐ No Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR Y LABORAL:

El paciente viene acompañado por: \_\_\_\_\_

El paciente vive con: \_\_\_\_\_

La cobertura socio-familiar es: ☐ Buena ☐ Normal ☐ Insuficiente/mala

Situación laboral:

☐ Trabajo

☐ Estudiante

☐ Jubilado

☐ Paro

☐ Labores del hogar

☐ Otros

**EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA (En el momento del ingreso):**

1. Trastornos de la conciencia: ☐ No ☐ Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Trastornos de la ideación: ☐ No ☐ Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Trastornos de la atención y de la memoria: ☐ No ☐ Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Trastornos de la sensopercepción: ☐ No ☐ Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Trastornos del curso y el contenido del pensamiento: ☐ No ☐ Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Trastornos de la ideación: ☐ No ☐ Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Trastornos de la afectividad: ☐ No ☐ Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Trastornos de las conducta (psicomotora y personal): ☐ No ☐ Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Trastornos de las conductas de conservación: ☐ No ☐ Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Trastornos del sueño: ☐ No ☐ Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Otros trastornos y observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermera/o responsable al ingreso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_