



UNIDAD DE HOSPITALIZACION  
PSIQUIATRIA

ESPACIO RESERVADO A ETIQUETA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

## HISTORIA DE ENFERMERIA

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

**TIPO DE INGRESO:**

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

**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.  
 Otros. Especificar: \_\_\_\_\_  
 Riesgo de heteroagresión.  
 Riesgo de fuga.

**CUIDADOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS:**

Tipo de dieta \_\_\_\_\_

Observaciones sobre la alimentación \_\_\_\_\_

Observaciones sobre la higiene personal \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN FÍSICA AL INGRESO:**

Tensión arterial \_\_\_\_\_ mmHg                      Somatometría: Peso \_\_\_\_\_ Kg.

Frecuencia cardiaca \_\_\_\_\_ lat./min.                      Talla \_\_\_\_\_ cm.

Temperatura \_\_\_\_\_ °C.

Lesiones corporales (especificar sí 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 psicotrópica 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: \_\_\_\_\_