HDI SEGUROS

CUESTIONARIO DE SALUD HDI - PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Se solicita que el diligenciamiento del cuestionario, sea por el Psicólogo o Psiquiatra tratante

Nombre:	**Documento:**	**Edad:**

1. Diagnostico establecido

2. Especialista a cargo PSICÓLOGO ☐ PSIQUIATRA ☐

3. Indique la fecha de inicio de los Síntomas y los Síntomas ademas de la duración

4. Hay algún detonante asociado ? Si ☐ No ☐ ESTRÉS ☐ SITUACIÓN FAMILIAR ☐ AMBIENTE LABORAL ☐ PANDEMIA ☐

5. Cada cuanto tiene control? Cuantos controles lleva a la fecha?

6. Como caracteriza usted el problema?
   - A. Reacción situación aguda en una personalidad básicamente sana ☐
   - B. Trastorno de personalidad o emocional con adaptación regular en la mayoría de las áreas ☐
   - C. Trastorno de personalidad o emocional con adaptación menos adecuada en algunas áreas ☐
   - D. Trastorno de personalidad o emocional con mala adaptación en algunas áreas o dificultad ☐
   - E. Trastorno de personalidad o emocional con mala adaptación en algunas áreas o dificultad en muchas áreas ☐
   - F. Trastorno emocional grave con poca o ninguna adaptación en una o más áreas cruciales de funcionamiento ☐

7. Describa el tratamiento: Psicoterapia y/o tratamiento Farmacológico (Nombre - Dosis- Frecuencia)

8. Ha requerido Hospitalización? Refiera fecha, lugar y duración

9. Ha tenido Incapacidad por su Patología Mencione fecha y duración

10. Antecedentes de Ideas Suicidas? Intentos Suicidio? Uso o Abuso de Alcohol o sustancias Tóxicas

LUGAR Y FECHA				
	Día	Mes	Año	**FIRMA Y REGISTRO MEDICO**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT: 900.156.826-1 U-8063