



LA SALLE
DEL PEDREGAL

Preparatoria La Salle del Pedregal

Av. Transmisiones 51 Col. Exhacienda de

San Juan, Tlalpan, C.P. 14370, CDMX

Tel. 55 5673 - 3149 | 55 5673 - 1907

www.preparatoriasalle.edu.mx

PREPARATORIA LA SALLE DEL PEDREGAL

CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 1166

CICLO 2025 – 2026

FICHA DE APOYO PSICOLÓGICO

POR LA IMPORTANCIA DE ESTA INFORMACIÓN, ESTA FICHA DEBE SER LLENADA POR EL PADRE, MADRE O TUTOR. FAVOR DE HACERLO CON LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE.

Se hace la aclaración que la atención que se brinda en la PLSP se limita a dar solamente primeros auxilios psicológicos básicos, siendo una atención de asistencia de primer contacto y preventiva. Bajo ninguna circunstancia se prestará servicio de consulta, constancias y/o certificados psicológicos.

I. DATOS GENERALES

Nombre Completo del Alumno (Tómese del acta de nacimiento): _____

Grado: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre completo de la

Madre o Tutora: _____ Teléfono de la Madre o

Tutora: _____

Correo electrónico de la Madre o Tutora: _____

Nombre Completo del Padre o Tutor: _____

Teléfono del Padre o Tutor: _____

Correo electrónico del Padre o Tutor: _____

II. TRATAMIENTO

Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento psiquiátrico o psicológico: **SI NO**

¿Qué tratamiento? _____

¿Cuál es la causa del tratamiento? _____

¿Toma algún medicamento? **SI NO** ¿Cuál (es)? _____

Profesional de la salud mental tratante (en caso de contar con alguno):

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Cédula profesional: _____

III. ANTECEDENTES FAMILIARES

Algún miembro de la familia presenta o presentó padecimientos orgánicos o funcionales importantes: **SI NO**

¿Qué tipo de padecimiento?: _____

Parentesco: _____

Tratamiento o tratamientos: _____

IV. HÁBITOS

Generalmente como es la calidad de sueño: **Buena Mala Regular**

Ha necesitado algo para dormirse: **SI NO** ¿Qué utiliza? _____

¿Cuántas veces come al día mi hijo (a)? _____

¿Qué tipo de alimentos consume mi hijo (a)? _____

¿Suele dejar de comer por periodos prolongados mi hijo (a)? **SI NO**

En caso de responder **SÍ** a la pregunta anterior ¿cuál es la razón? _____

¿Consume tabaco mi hijo (a)? **SI NO**

En caso de responder **SÍ** a la pregunta anterior ¿cuántas veces a la semana lo hace? y ¿aproximadamente qué cantidad consume? _____

¿Consume alcohol mi hijo (a)? **SI NO**

En caso de responder **SÍ** a la pregunta anterior ¿cuántas veces a la semana lo hace? y ¿aproximadamente qué cantidad consume? _____

NOTA: Hago constar que he leído y corroborado que los datos anteriormente asentados en esta ficha son correctos y verídicos, así mismo me comprometo a realizar las actualizaciones pertinentes de acuerdo a los cambios en la salud mental de mi hijo (a) de manera oportuna, con el fin de que en el área de Apoyo Psicológico se encuentre la información precisa para la atención que mi hijo (a) solicite en dicho servicio.

Nombre y Firma del Padre, Madre o Tutor _____

Fecha de la firma del documento: Ciudad de México, a _____