



LA SALLE DEL PEDREGAL
PREPARATORIA
IMPULSANDO LÍDERES



PREPARATORIA LA SALLE DEL PEDREGAL

CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 1166

CICLO 2026 – 2027

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: _____

Grado: **4 5 6** Grupo: _____ Sexo: **H M** 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 psicológico: **SI NO**

¿Qué tipo? Cognitivo-conductual Humanista Psicodinámica Familiar Educativa

¿Cuál es la causa del tratamiento? _____

Tiempo en tratamiento: menos de 6 meses de 6 a 12 meses más de 12 meses

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



¿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):

Psicólogo	Psiquiatra
Nombre:	Nombre:
Teléfono:	Teléfono:
Correo electrónico	Correo electrónico
Cédula profesional:	Cédula profesional:

III. ANTECEDENTES

¿Alguna vez ha estado en tratamiento? **SI NO** ¿Cuál? Psicológico Psiquiátrico Ambos

¿Cuál fue la causa? _____

¿Existió algún diagnóstico? **SI NO** ¿Cuál? _____

Motivo de alta: _____

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

¿Qué tipo de padecimiento?: _____ Parentesco: _____

V. Hábitos

Duerme en promedio: menos 8 h 8-9 h más 9 h

¿Ha necesitado o le han prescrito algún tratamiento para conciliar el sueño? **SI NO**

¿Cuál? _____

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
