

Examen del estado mental

Nombre del cliente		Fecha			
OBSERVACIONES					
Apariencia	<input type="checkbox"/> Aseado	<input type="checkbox"/> Desaseado	<input type="checkbox"/> Inapropiado	<input type="checkbox"/> Extraño	<input type="checkbox"/> Otro
Lenguaje	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tangencial	<input type="checkbox"/> Presionado	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Otro
Contacto visual	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Intenso	<input type="checkbox"/> Evasivo	<input type="checkbox"/> Otro	
Actividad motriz	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Inquieto	<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Aletargado	<input type="checkbox"/> Otro
Afecto	<input type="checkbox"/> Amplio	<input type="checkbox"/> Restringido	<input type="checkbox"/> Aplanado	<input type="checkbox"/> Lábil	<input type="checkbox"/> Otro
Observaciones:					
ESTADO DE ÁNIMO					
<input type="checkbox"/> Eutímico <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Enojado <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Otro					
Observaciones:					
COGNICIÓN					
Deterioro de la orientación	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Lugar	<input type="checkbox"/> Objeto	<input type="checkbox"/> Persona	<input type="checkbox"/> Tiempo
Deterioro de la memoria	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Corto plazo	<input type="checkbox"/> Largo plazo	<input type="checkbox"/> Otro	
Atención	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Distraído	<input type="checkbox"/> Otro		
Observaciones:					
PERCEPCIÓN					
Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Auditivas	<input type="checkbox"/> Visuales	<input type="checkbox"/> Otro	
Otros	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Desrealización	<input type="checkbox"/> Despersonalización		
Observaciones:					
PENSAMIENTOS					
Suicidalidad	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Ideación	<input type="checkbox"/> Planeación	<input type="checkbox"/> Intención	<input type="checkbox"/> Autolesiones
Homicidalidad	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Agresividad	<input type="checkbox"/> Intención	<input type="checkbox"/> Planeación	
Delirios	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Grandiosidad	<input type="checkbox"/> Paranoia	<input type="checkbox"/> Religiosos	<input type="checkbox"/> Otros
Observaciones:					
COMPORTAMIENTO					
<input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Reservado <input type="checkbox"/> Hiperactivo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Paranoico					
<input type="checkbox"/> Estereotipado <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Extraño <input type="checkbox"/> Retraído <input type="checkbox"/> Otro					
Observaciones:					
COMPRENSIÓN	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Deficiente	Observaciones:	
JUICIO	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Deficiente	Observaciones:	