

F I C H A D E I N G R E S O

Nombre Monitor: Fecha

1.-Identificación del Paciente :

Nombre:..... Edad

Dirección :

Estado civil: Casado Soltero Viudo (.....)

Situación Laboral : Trabaja Sí No

Tipo de Trabajo :

Escolaridad :

2.-Motivo de Consulta:.....

.....

.....

3.-Antecedentes de Ingestión:

- Alcoholismo en padre ? Sí No

Alcoholismo en madre ? Sí No

- Desde cuándo toma el paciente ? Desde niño
desde adolescente
después de 21 años

4.-Tratamientos anteriores:

- Ha estado en tratamiento alguna vez? Sí No

Dónde? En que año? ...

5.-Características Ingestión actual:

-Cómo toma ? Todos los días Fines de semana

Qué tipo de bebida alcohólica toma ?

Cerveza Vino Fuerte Otro:.....

-Otros antecedentes médicos: (para ser llenada por el Médico)

.....
.....

8.- Pronóstico:

- Porqué piensa Ud. que bebe en la forma que lo hace ?

.....
.....

-Qué espera Ud. del tratamiento ?

.....

-Le cuesta a Ud. dejar de beber? Por qué?

.....

9.- Apoyo familiar :

- Sabe su familia que Ud. vino? sí no

Lo acompaña algún familiar? sí no quién....

Su familia está dispuesta a ayudarlo?

.....

.....

10.- Ingreso :

-Cómo llegó a nuestro Programa ?

.....

11.- Observaciones :

.....

.....

12.- Indicaciones:

Próximo control.....

.....

-Cuántas veces al mes se embriaga?.....

Cuánto alcohol bebe al día?.....

-Qué ha sentido cuando deja de tomar?

temblores dificultad para dormirse

angustia arcadas y náuseas

espirituado vómitos

pesadillas ver monos

-Cuándo toma : se le borra la película

le cambia la personalidad

se pone mal genio

otros:.....

.....

-Actualmente presenta síndrome de privación ?

Leve Mediano Grave No presenta

6.- Ultima ingestión:

- Cuándo tomó por última vez?.....

Cuántos días estuvo bebiendo?.....

Qué cantidad tomó el último día?.....

7.- Diagnóstico:

En relación a la forma de ingestión y tipo de bebedor :

Intermitente Bebedor excesivo

Inveterado Enfermo alcohólico

Mixto

-Qué enfermedades o complicaciones médicas o psicológicas se

sospechan:.....