|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |

 **Ciudad:**

1. **DATOS DE** **IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y Apellidos Completos:** | **Documento de Identidad:****C.C R.C NUIP C.E OTRO**XXX**No :**  |
| **Fecha de Nacimiento:** | **Edad:** | **Género:**  |
| **Estado Civil:**  | **Hecho Victimizante:**  | **Lugar de Origen:** |
| **Escolaridad:** | **Ocupación:** |
| **Dirección:** | **Teléfono:** | **Email:** |

1. **MOTIVO DE CONSULTA (relatos de la persona sobre su necesidad de atención psicológica; si es por orden judicial se debe señalar la autoridad judicial y el número del proceso)**

|  |
| --- |
|  |

**3. RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN (descripción básica de la atención brindada)**

|  |
| --- |
|   |

**6. CIERRE DE LA ATENCIÓN (Acuerdos, compromisos y/o remisiones construidas con la persona)**

|  |
| --- |
|  |

**7. FIRMA Y REGISTRO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**8. FIRMA DEL CONSULTANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANEXOS**

**ANEXO 1: CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Versión** | **Ítem del cambio** | **Cambio realizado** | **Motivo del cambio** | **Fecha del cambio** |
|  |  |  |  |  |