|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DE SESIÓN 1 – PSICOLOGÍA CLÍNICA** | | | | |
| **Nombre del practicante** | Alejandra Pazos | | | |
| **Iniciales del paciente** | M.S | | | |
| **Fecha del plan** | Julio 27 de 2021 | **N°. de sesión** | | 1 |
| **Objetivo general** | Evaluación psicológica a niño de 12 años. | | | |
|  | | | | |
| **Objetivo de la sesión:** | Aplicar la entrevista a padres de familia, con el fin de obtener información relevante sobre el caso. | | | |
| **Áreas a trabajar:** | * Establecer *rapport* con los padres * Indagar sobre el caso * Conocer la historia del paciente * Conocer el motivo de consulta según los padres | | | |
| **Actividades de intervención** | | | **Materiales y recursos** | |
| * **Saludo**   Se le da la bienvenida al paciente por medio del portal *Olivia Health*. Se le indica la dinámica de la sesión (día y horario). (4 minutos)   * **Informar sobre actividades**   Se le explica la actividad planificada para la sesión, y se le pregunta si está de acuerdo. (2 minutos)   * **Intervención**   Se le envía a los padres hoja de compromiso informado, deberá leerla y firmarla.  Luego se inicia la intervención aplicando la entrevista para padres con el fin de conocer las inquietudes y o problemática del paciente. (45 minutos)   * **Cierre**   Finalmente, se le da la despedida. Se le indica que debe presentar en la próxima sesión una copia del DPI y cualquier informe realizado previamente por otro profesional, si en caso ha asistido a una clínica psicológica anteriormente. | | | Formato de entrevista para padres | |
| **Plan paralelo** | | | **Materiales y recursos** | |
| No aplica | | |  | |
| **Área de evaluación** | | | | |
| **Etrevista para Padres**   * Datos Generales del paciente * Sobre el motivo de consulta * Antecedentes familiares y ambientales * Antecedentes personales   Concepción, gestación, nacimiento  Evolución neuropsíquica relativa a lactancia y alimentación  Motricidad, sueño, control de esfínteres  Afecciones orgánicas  Influencias del ambiente  Escolaridad | | | | |

Firma / Sello de asesora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_