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

 **Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **DATOS DE** **IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y Apellidos Completos:** | **Documento de Identidad:****C.C R.C NUIP C.E OTRO****No :**  |
| **Número de Radicado o Código:**  | **Hecho Victimizante:** |
| **Dirección:** | **Teléfono:** | **Género:**  |
| **Fecha de Nacimiento:** | **Edad:** | **Etnia:**  |

1. **MOTIVO DE CONSULTA (relatos de la persona sobre su necesidad de atención psicológica)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**3. OBJETIVO DE LA ATENCIÓN (Proyección del qué, cómo y para qué de la atención)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**4. DESARROLLO DEL OBJETIVO (Breve descripción de la atención brindada)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

**ANEXOS**

**ANEXO 1: CONTROL DE CAMBIOS**

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