



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

**Carta Circular  
2024-AL-P-44**

1 de julio de 2024

## A TODOS LOS PSÍCOLOGOS Y PSIQUIATRAS

### EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL

Estimado proveedor:

Reciba un cordial saludo. En la ACAA estamos comprometidos a agilizar el servicio a los proveedores y lesionados. Para cumplir con el compromiso, hemos realizado unos cambios en la forma de Evaluación de Salud Mental.

La forma para completar el resultado de la evaluación a pacientes referidos fue revisada, y se incluye junto a esta comunicación la forma oficial **Evaluación de Salud Mental (Forma ACAA-200-165)**.

Esta carta circular se basa en las disposiciones de la Carta Circular Interna 2024-AM-01, Servicios de Salud Mental, para la notificación a nuestros proveedores.

Estamos para servirles, puede comunicarse a nuestras oficinas al 787-758-5959 extensión 3156 si necesita asistencia con este particular.

Cordialmente,

Leila Hernández Jiménez  
Gerente de Contratación y  
Relaciones con Proveedores



## *Evaluación de Salud Mental*

### **I. Información General**

Fecha de accidente: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_  
Nombre completo \_\_\_\_\_ Núm. reclamación: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Referido por Dr. (a): \_\_\_\_\_

### **II. Problemas/Queja Principal: (Describa la condición según el lesionado)**

---

---

---

---

---

### **III. Historial Enfermedad Actual: (Cuadro Clínico, Síntomas, Intensidad, Tiempo)**

---

---

---

---

---

### **IV. Historial Médico: (Incluya Traumas Físicos)**

- Alergias: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_
- Cirugías: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_
- Convulsiones: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_
- Circule otras condiciones orgánicas según apliquen: Cuadriplejía, Paraplejía, Amputación, una (1) o más extremidades, Quemaduras más de 50 % 3er grado que afecte funciones, ceguera total y permanente, Fracturas múltiples con complicaciones, no aplica ninguna de las anteriores.
- Diabetes: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_
- Hipertensión: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_
- Herniación Discal: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_
- Asma Bronquial: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

### **V. Historial Psiquiátrico:**

- Historial Previo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Fechas de evaluaciones previas: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_
- Historial Hospitalización Psiquiátrica:
  - Convencional: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_
  - Parcial: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_
- Nombre del Médico tratante: \_\_\_\_\_
- Medicamentos Psicotrópicos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_
- Historial Previo de Intento Suicida: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**VI. Historial de Uso y Abuso de Sustancias Controladas**

| Sustancias     | Si | No | Observaciones/Frecuencia de Uso |
|----------------|----|----|---------------------------------|
| Alcohol        |    |    |                                 |
| Cocaína        |    |    |                                 |
| Heroína        |    |    |                                 |
| Marihuana      |    |    |                                 |
| Crack          |    |    |                                 |
| Benzodiacepina |    |    |                                 |
| Café           |    |    |                                 |
| Tabaco         |    |    |                                 |
| Otros          |    |    |                                 |

**VII. Actividades Diario Vivir:**


---



---

**VIII. Examen Mental:**

- Apariencia: Edad \_\_\_\_\_ Salud \_\_\_\_\_ Higiene: Buena \_\_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_\_
- Vestimenta: \_\_\_\_\_
- Peso: ( ) Apropiado ( ) Obeso ( ) Sobrepeso ( ) Delgado ( ) Asténico
- Actividad Psicomotriz: ( ) Sin Defectos ( ) Usa Bastón ( ) Silla de Ruedas ( ) Encamado
- Agitación: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**IX. Conducta/Actitud:**

| Conducta/Actitud | Si | No | Observaciones |
|------------------|----|----|---------------|
| Contacto Visual  |    |    |               |
| Cooperador       |    |    |               |
| Motivado         |    |    |               |
| Anhedonia        |    |    |               |
| Evasivo          |    |    |               |
| Suspica          |    |    |               |
| Retraído         |    |    |               |
| Seductor         |    |    |               |
| Agresivo         |    |    |               |
| Intranquilo      |    |    |               |
| Lloroso          |    |    |               |
| Irritable        |    |    |               |
| Indiferente      |    |    |               |
| Impulsivo        |    |    |               |
| Auto Agresivo    |    |    |               |

**X. Expresión Verbal:**

- Producción Adecuada: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Volumen: Alto \_\_\_\_\_ Bajo \_\_\_\_\_ Tono \_\_\_\_\_

**XI. Proceso de Pensamiento:**

| Proceso de Pensamiento | Si | No | Observaciones |
|------------------------|----|----|---------------|
| Lógico                 |    |    |               |
| Coherente              |    |    |               |
| Relevante              |    |    |               |
| Espontáneo             |    |    |               |
| Fuga de Ideas          |    |    |               |
| Circunstancial         |    |    |               |
| Organizado             |    |    |               |

|                            |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|
| Tangencial                 |  |  |  |
| Bloqueos                   |  |  |  |
| Lentitud en Proceso Mental |  |  |  |

**XII. Contenido de Pensamientos:**

| Contenido de Pensamientos | Si | No | Observaciones |
|---------------------------|----|----|---------------|
| Ideas Suicidas            |    |    |               |
| Homicidas                 |    |    |               |
| Referencias               |    |    |               |
| Delirios                  |    |    |               |
| Obsesiones                |    |    |               |
| Compulsiones              |    |    |               |
| Fobias                    |    |    |               |

**XIII. Percepciones:**

| Percepciones          | Si | No | Observaciones |
|-----------------------|----|----|---------------|
| Distorsión            |    |    |               |
| Alucinación           |    |    |               |
| Alucinación Visual    |    |    |               |
| Alucinación Olfativa  |    |    |               |
| Alucinación Gustativa |    |    |               |
| Alucinación Táctil    |    |    |               |
| Ilusiones             |    |    |               |

**XIV. Afecto:**

- Apropiado: Si \_\_\_ No \_\_\_ Lábil: Si \_\_\_ No \_\_\_ Embotado: Si \_\_\_ No \_\_\_  
 Restringido: Si \_\_\_ No \_\_\_
- Talante: Ansioso Si \_\_\_ No \_\_\_ Eutímico: Si \_\_\_ No \_\_\_ Apropiado: Si \_\_\_ No \_\_\_
- Deprimido: Si \_\_\_ No \_\_\_ Eufórico: Si \_\_\_ No \_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_
- Memoria Inmediata: Si \_\_\_ No \_\_\_ Reciente: Si \_\_\_ No \_\_\_ Remota: Si \_\_\_ No \_\_\_

**XV. Orientación:**

- Tiempo: Si \_\_\_ No \_\_\_ Espacio: Si \_\_\_ No \_\_\_ Persona: Si \_\_\_ No \_\_\_
- Atención: Si \_\_\_ No \_\_\_ Concentración Apropiaada: Si \_\_\_ No \_\_\_
- Distraído: Si \_\_\_ No \_\_\_ Introspección Apropiaada: Si \_\_\_ No \_\_\_ Pobre: Si \_\_\_ No \_\_\_
- Menoscabada: Si \_\_\_ No \_\_\_
- Juicio Apropiado: Si \_\_\_ No \_\_\_

**XVI. Tema Discutidos/Observaciones:**

---



---



---

**XVII. Diagnóstico según DSM V:**

---



---



---

**XVIII. Plan Disposición Alta:**

---



---



---

**XIX. Tratamiento Ofrecido:** \_\_\_\_\_

**XX. Medicamentos y Dosis:** \_\_\_\_\_

**XXI. Lesionado(a) o su encargado fue orientada sobre reacciones a medicación:** Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

**XXII. Lesionado(a) o su encargado manifiesta entender las instrucciones de alta:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**XXIII. Necesidad Hospitalización Convencional, Explique:**

---

---

---

---

---

**XXIV. Solicitud de Extensión de Tratamiento:** \_\_\_\_\_

**XXV. Cumplimiento con el Tratamiento:**

- Bueno: Ninguna ausencia de citas  
Toma medicación según prescritos
- Moderado: Ausencia de 1-2 citas
- Pobre: Ausencia de citas  
No toma medicación según prescrita

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Número de licencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Lesionado(a)

\_\_\_\_\_  
Reclamación #

\_\_\_\_\_  
Fecha