INSTITUTO DE LA FAMILIA
Dr. PEDRO HERRERO
Tlf: 965 93 93 91

# REGISTRO DE DIAGNÓSTICO FAMILIAR

**Nº EXPEDIENTE**:

FECHA:

FAMILIA:

TERAPEUTAS:

RECOGE: -

**PROBLEMÁTICA CLÍNICA**

**BREVE RESUMEN DE LA Hª FAMILIAR**

**GENOGRAMA. MAPA RELACIONAL**

**DIAGNÓSTICO**

- **NATURALEZA DEL PROBLEMA**

- **DEFINICIÓN DEL CONTEXTO**

- **DIAGNÓSTICO TOPOCINÉTICO:**

  **ALTERACIONES DE LA COMUNICACIÓN**

  **ALTERACIONES DE LOS LÍMITES Y SUBSISTEMAS**

  **OPCIÓN MORFOFUNCIONAL ANÓMALA (GRÁFICO)**