

## Información principal

Nombre: \_\_\_\_\_, Sexo: \_\_\_\_\_, Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ De etnia, raza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_, City: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_, Condado, \_\_\_\_\_, Zip: \_\_\_\_\_

Números de teléfono:

Casa: \_\_\_\_\_, Trabajo: \_\_\_\_\_

Cell: \_\_\_\_\_

Referida por: \_\_\_\_\_

Persona a notificar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Emergencia número de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_)

Escuela / empleador: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Información de la compañía de seguros

Nombre del asegurador:

\_\_\_\_\_

Numero de miembro: \_\_\_\_\_

Número de autorización: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del asegurador: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Email de compañía de seguro:

\_\_\_\_\_

Coordinación de la atención:

\_\_\_\_\_ Del médico de atención primaria; Número de teléfono de \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ Número de teléfono

Calle \_\_\_\_\_; City \_\_\_\_\_; Estado \_\_\_\_\_

Zip \_\_\_\_\_

Terapeuta/psicólogo \_\_\_\_\_; Número de teléfono de \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ Número de teléfono

Calle \_\_\_\_\_; City \_\_\_\_\_; Estado \_\_\_\_\_

Zip \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en liberar información de recomendación de diagnóstico y el tratamiento a mi compañía de seguros para la coordinación de atención y facturación:

Sí \_\_\_ no \_\_\_

Estoy de acuerdo en liberar información de recomendación de tratamiento a mi proveedor de atención primaria para la coordinación de la atención y diagnóstico de mi hijo:

No sí \_\_\_ no \_\_\_

Estoy de acuerdo en liberar información de recomendación de tratamiento a mi terapeuta/psicólogo para la coordinación de la atención y diagnóstico de mi hijo:

si \_\_\_\_, no \_\_\_

### **Información de salud mental:**

Describa la principal razón que buscan atención de salud mental:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Edad primero buscó atención psicológica y psiquiátrica y la razón:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Historial médico

Indique si padece alguna de las siguientes condiciones, actual o pasado un círculo y un número, del 1 al 5 para indicar la gravedad del círculo. 1 es leve, 3 es moderado, 5 es de gravedad.

Enfermedades infecciosas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Alergias	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Enfermedad pulmonar y asma	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Diabetes	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Enfermedad de la tiroides	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Infarto de miocardio	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Hipertensión	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Enfermedad hepática	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Cáncer	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Traza	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Traumatismo craneal	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Incautaciones	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Asfixia y ahogamiento	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pérdida de la conciencia	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Dolores de cabeza	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pérdida de la memoria	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Trastorno neurológico	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Sangrado y hematomas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Disfunción sexual	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Embarazo	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Menopausia	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Enfermedad renal	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Dolor crónico	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Menstrual excesivo sangrado y dolor	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Condición o procedimiento ginecológico	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Afección de la piel	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Procedimientos quirúrgicos	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

## Alergias de medicamentos:

---

---

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente para enfermedad médica:

---

---

### **Familia historia psiquiátrica**

Indique la relación de sangre entre miembros de su familia con una afección psiquiátrica como sigue:

Relativo de grado primero: hijo biológico o padre; relativo de grado segundo, primo, tío, tía, sobrina, sobrino

Atención psiquiátrica	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastorno de ansiedad	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastorno depresivo	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Manic depresión o trastorno Bipolar	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Esquizofrenia	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastorno psicótico	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Déficit de atención y desorden de hiperactividad	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastornos del aprendizaje	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Retraso mental	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastorno autista	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Abuso de sustancias	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Hospitalización psiquiátrica	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Trastorno alimenticio	Materna / paterna	grado primero / grado segundo

Narcolepsia	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Alteración del sueño	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Intento de homicidio	Materna / paterna	grado primero / grado segundo
Intento de suicidio	Materna / paterna	grado primero / grado 2

**Historia social Del cliente:**

Highest degree of education obtained:

---

---

Problemas legales y circunstancias:

---

Principal fuente de estrés:

---

---

Experiencias negativas: abuso físico o sexual, violencia doméstica, trauma, pérdida:

---

---

Personales fortalezas y debilidades:

---

---

Metas y aspiraciones personales/espera / sueña:

---

---

Cuestiones espirituales y religiosos orientación/culturales

---

---

## Historia psiquiátrica de cliente

Sírvase indicar cualquier atención psiquiátrica / psicológica ha recibido, su edad aproximada en ese momento y su satisfacción con el tratamiento:

---

Lista todos los medicamentos psiquiátricos recetados; la razón prescrita; la duración; y efecto completando la siguiente tabla.

Nombre de la medicación	Razón prescrito	Fecha empezado	Fecha terminó / razón para parar	¿Útil? ¿Efectos secundarios Sí/No?

Historial psiquiátrico continuado:

Sírvase indicar si es actual, pasado o ambos.  
 Indique la frecuencia con la siguiente escala:  
 Casi nunca (1); A veces (3); Casi siempre (5)

<b>Síntomas de la depresión</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Estado de ánimo depresivo	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pérdida de placer	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Soledad	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Disminución del apetito	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Incremento del apetito	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Falta de concentración	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Llorando hechizos	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pensamientos suicidas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pensamientos de homicidio	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Aislamiento	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Irritabilidad	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pérdida de peso	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Aumento de peso	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Ira	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

<b>Síntomas de la manía</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Aumento de energía	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Pensamientos de carreras	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Intervención rápida	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Dormir menos de cuatro horas por noche	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Euforia	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Invencibilidad	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Irritabilidad	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Ira	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Arrebato violento	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Impulsividad sexual	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Impulsividad financiera	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Cambios de humor	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

<b>Síntomas de ansiedad</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Excesivo preocupante	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Rigidez muscular	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Ataques de pánico	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Evitar cosas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Temores no deseados	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Rituales no deseados	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Hábitos no deseados	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Dilaciones	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

<b>Síntomas de TDAH</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Demasiado activo	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Constantemente en movimiento	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Constantemente hablando	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Interrumpir constantemente	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Molesta a sus compañeros	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Constantemente distraído	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Olvidadizo	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Desatento	Actual y anteriores	1 2 3 4 5

<b>Síntomas de la psicosis</b>	<b>Cuando</b>	<b>Frecuencia</b>
Escuchar voces	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Ver las cosas	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Paranoia	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Poderes especiales	Actual y anteriores	1 2 3 4 5
Noticias de TV, Radio, comunica a usted o sobre usted personalmente	Actual y anteriores	1 2 3 4 5



