

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: ____/____/____

Identificación

Nombre legal: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre Preferido: _____ Sexo (solo requerido para el seguro): _____

Identidad de género: _____ Pronombres preferidos: _____

Raza y etnia: _____

Detalles de raza y etnia: _____ Idioma preferido: _____

Dirección de la calle de casa: _____

Ciudad/Código postal: _____

Teléfono (principal): _____ Correo electrónico: _____

Las llamadas/mensajes de texto/correos electrónicos serán discretos, pero indique las restricciones: _____

Ocupación / situación de trabajo: _____

Experiencia militar: _____ Educación: _____

Estado civil: _____ Niños/Niñas: _____

Relaciones más cercanas

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Contacto de emergencia

Si surge una emergencia y no podemos comunicarnos con usted directamente y necesitamos comunicarnos con alguien cercano a usted, ¿a quién debemos llamar? Al incluir a alguien a continuación, da permiso para que lo contactemos en caso de una emergencia:

#1 Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Habla a: _____

#2 Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Habla a: _____

Atención médica (se requiere una autorización firmada para la coordinación del tratamiento)

Medico primario _____

La localidad/ Teléfono _____

Historia Legal

Actualmente está demandando a alguien o está pensando en demandar a alguien? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Su motivo para venir a vernos está relacionado con un accidente o lesión? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Está obligado por un tribunal, la policía o un oficial de libertad condicional a tener esta cita? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Alguna vez ha tenido que presentar una queja o ha estado involucrado en una demanda con otro profesional de la salud mental? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Alguna otra implicación legal o antecedentes? _____

Tratamiento y antecedentes de síntomas.

Alguna vez ha recibido tratamiento psicológico, psiquiátrico, por drogas o alcohol, o servicios de consejería antes?

No Sí En caso afirmativo, indique:

Que tipo? _____ Cuándo? _____

De quien? _____

Para qué? _____

Con que resultados? _____

Razón para suspender el tratamiento? _____

II. Tiene antecedentes de tomar medicamentos para problemas psiquiátricos o emocionales?

No Sí En caso afirmativo, indique:

Qué medicamentos? _____

¿Cuándo? _____

De quien? _____

¿Para qué? _____

¿Con que resultados? _____

Razón para suspender el tratamiento? _____

Toma actualmente medicamentos para problemas psiquiátricos o emocionales? No Sí En caso afirmativo, indique:

Qué medicamentos? _____

De quien? _____

Para qué? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

Con que resultados? s _____

III. Tiene antecedentes de abuso / negligencia o cualquier otro tipo de trauma, incluido un trauma complejo?

No Sí En caso afirmativo, describa lo que está dispuesto a hacer:

IV. Está actualmente preocupado por el abuso o la dependencia de una sustancia y / o una adicción conductual?

No Sí En caso afirmativo, proporcione detalles sobre su uso y / o comportamientos actuales, incluida la cantidad, la frecuencia y los motivos de uso / comportamiento:

V. Evaluación de riesgos

Tiene antecedentes de pensamientos suicidas o intentos de suicidio en el pasado? No Sí Sí En caso afirmativo, describa cuándo y las circunstancias : _____

Tiene actualmente pensamientos suicidas u homicidas? No Sí

Tienes un plan específico? No Sí En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Por favor marque todas las condiciones MÉDICAS que ha tenido o está teniendo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV Positiva | <input type="checkbox"/> Daño cerebral | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsions |
| <input type="checkbox"/> Appendicitis | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Coto |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> congestiva | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangrante | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Cardiopatía |

- Hepatitis
- Hernia
- Herpes
- Alta presión sanguínea
- Colesterol alto
- Nefropatía
- Enfermedad del hígado
- Sarampión
- Meningitis
- Migrañas
- Mononucleosis
- Esclerosis múltiple
- Paperas

- Marcapasos
- Trastorno de Parkinson
- Inflamatorio pélvico
- Pulmonía
- Polio
- Problemas de próstata
- Fiebre reumática
- Escoliosis
- Transmitido sexualmente
- enfermedad
- Carrera
- Problemas tiroideos

- Tuberculosis
- Úlceras
- UTI
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____

Verifique todos los diagnósticos PSQUIÁTRICOS / PSICOLÓGICOS pasados y presentes.

- ADHD/ADD
- Agorafobia
- Abuso o dependencia del alcohol
- Anorexia
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno bipolar
- Bulimia
- Depresión
- Trastorno de la alimentación
- Ansiedad generalizada

- Trastorno del aprendizaje
- Discapacidad intelectual
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno de pánico
- Trastorno de la personalidad
- Trastorno de estrés postraumático
- Psicosis

- Esquizofrenia
- Abuso o dependencia de sustancias
- Adicción al apostar (juegos de azar, etc.)
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____

Marque cualquier síntoma o experiencia actual que haya tenido durante el último mes y / o le haya pedido que busque servicios.

- Preocupación excesiva
- Ansiedad excesiva
- Muy nervioso
- Tensión muscular
- Alteración del sueño
- Corazón palpitante
- Frecuencia cardíaca acelerada
- Dificultad para respirar
- Náuseas o malestar

- Estómago
- Miedo a perder el control o de "volverse loco"
- Miedo a morir
- Entumecimiento u hormigueo en labios / yemas de los dedos
- Pensamientos obsesivos

- Comportamiento compulsivo
- Fobias / Miedos
- Rituales
- Estado de ánimo deprimido
- Estado de ánimo irritable
- Pelear y discutir
- Vigilante / consciente

- Asustarse fácilmente
- Estado de ánimo elevado
- Estado de ánimo eufórico
- Cambios de humor
- Disminución de la necesidad de dormir
- Más hablador de lo habitual
- Pensamientos acelerados
- Incremento de actividad
- Gasto excesivo

- Escuchar voces
- Ver visiones u otras personas / objetos
- Creencias inusuales
- Mayor tristeza
- Llanto frecuente
- Pérdida de interés o placer en actividades
- Pérdida / ganancia de peso
- Insomnio
- Hipersomnia
- Problemas para concentrarse

- Mayor indecision
- Beber más
- Fumar más
- Comer más
- Comer menos
- Cambio en el deseo sexual o satisfacción
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____

Preocupación principal

Cómo podemos ayudar? Describa la principal dificultad que le ha llevado a vernos:_____

Quien lo refirió?

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Podemos tener su permiso para agradecer a esta persona por la remisión? Sí No

Cómo le explicó esta persona cómo podríamos serle de ayuda? _____

Otra: Internet Psicología Hoy Seguro

Notas de admisión (solo para el personal):
