

Central Square Therapy Associates, L.L.P.

HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

¿Quién le refirió a Ud. A esta clínica? _____

Describa las preocupaciones

INFORMACION DE IDENTIFICACION

Edad: _____ Hombre _____ Mujer _____

Dirección: _____

Teléfono: (casa _____) (Trabajo) _____

E-mail: _____

Contacto de Emergencia: _____ # Teléfono: _____

Lenguaje Primario _____ ¿Necesita interprete?: Si _____ No _____

¿Otras agencias están envueltas? Sí _____ No _____

Por favor mencionar cuales son las agencias _____

Describa en sus propias palabras las preocupaciones con respecto a Ud. o su niño(a), y como cree que podemos ayudarle. Favor de escribir toda la información que Ud. cree que es importante para esta evaluación y tratamiento.

MANTENIMIENTO PROPIO

Apetito:

Peso _____ Perdido _____ Aumento _____ en cuanto tiempo _____ Comidas por día _____

Dormir:

Horas _____ Interrumpido _____ Largo _____ Corto _____ Como de Largo _____

Humor:

Eutimico _____ Deprimido _____ Ansioso _____ Eufórico _____ Irritable _____ Pánico _____

Miedo _____ Abrumado _____ Enojado _____ Otras: _____

Alucinaciones:

Ninguna presente _____ Auditoria _____ Visual _____ Olfativa _____ Táctil _____

Gustativa _____ Niega _____

Delirios:

Ninguna presente _____ Persecutora _____ Bajo control _____ Grandiosa _____

Somática _____ Bizarra _____ Inserción de Pensamiento/Canceladura _____ Niega _____

Idea de Suicidio:

Ninguna _____ Pasivo _____ Impulsivo _____ Planeado _____

Memoria:

Intacta _____ Deteriorada _____ Inmediata _____ Reciente _____ Alejada _____ Amnesia:

Parcial _____ Global _____

Comentarios:

HISTORIA MÉDICA

Nombre de su Doctor primario: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Desea que se haga comunicación con su doctor con respecto a su tratamiento? Sí ____ No ____

¿Hay preguntas con respecto a la salud física de Ud. o el paciente? Sí ____ No ____

Describe: _____

¿El paciente ha tenido alguna cirugía? Sí ____ No ____

Describe: _____

¿El paciente está siendo tratado por cualquier condición pequeña o crónica? Sí ____ No ____

Describe: _____

¿Tiene el paciente historia de accidentes o heridas? Sí ____ No ____

Describe: _____

HISTORIA PSIQUIATRICA

¿Está el paciente recibiendo tratamiento actualmente por sus emociones o problemas de comportamiento? Sí ____ No ____

Por favor menciónenos el proveedor

Terapista: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Nos da permiso para comunicarnos con el terapeuta de Ud. o de su niño? Sí ____ No ____

¿Está el paciente tomando medicina para sus emociones o problemas de comportamiento? Si ____ No ____ . Por favor mencione el medicamento: _____

Nombre del doctor que prescribió la medicina y dirección: _____

Teléfono: _____

Mencione todas las medicinas que se toma actualmente _____

Nos permite hablar con la persona que le prescribió la(s) medicinas a Ud. o a su hijo(a) Sí ____
No ____

¿Algún día el paciente ha necesitado tratamiento en un hospital de psiquiatría o facilidad residencial? Sí ____ No ____

Días	Hospital/Residencial	Razón	Resultado

¿El paciente ha tenido que tomar medicamentos para ayudar a su comportamiento o emociones? Sí ____ No ____

Por favor escriba con detalle medicinas que Ud. o su hijo(a) se han tomado. También escriba si algunas medicinas se las ha tomado solas o combinadas con otras. Use el otro lado de esta hoja si es necesario. Por favor describa cualquier efecto que le causa la medicina

Día	Medicación	Razón para tomar	Cantidad	Como le trabajo?	Efectos

¿El paciente ha actuado de una manera peligrosa contra el (ella) (suicidio, ideación, atenta contra sí mismo, mutilación)? Sí ____ No ____

Describe:

¿El paciente ha actuado de una manera peligrosa contra otros (agresivo, amenazas, hiriendo a otros)? Sí ____ No ____

Describe:

HISTORIA DE USO DE DROGAS O ALCOHOL

¿El paciente (su mejor idea) está experimentado, usando, uso erróneo o abusando con cualquiera de la siguiente drogas? Sí ____ No ____

Describe:

Droga	Edad Comenzada	Frecuencia	Cantidad	Uso Actual
Cafeína				
Nicotina				
Alcohol				
Marihuana				
Anfetaminas				
Alucinógenos				
Cocaína				
Opio				
Inhalantes				
Fenciclidina				
K especial o Ketamina				
Sedativos (Klonopin, Xanax)				
Varias sustancias				
Medicina prescrita				
Otro				

¿Algún día el paciente ha tenido que ser tratado por el abuso con las drogas: uso erróneo, problemas? Sí ____ No ____

Describe:

Días	Facilidad de Tratamiento	Razón por participar	Resultado

Escriba las medicinas que está tomando actualmente:

Alergias: _____ Adversas reacciones a las drogas: _____

¿Hay algún historial en la familia de reacciones a medicamentos o la anestesia? Sí ____ No ____

Describe: _____

¿Hay alguna deshabilidad física: Si ____ No ____

Describe _____

HISTORIA DE LA FAMILIA

Usualmente algunos tipos de enfermedad corren en la familia. ¿Hay algún historial de cualquiera de las siguientes enfermedades de parte de la familia de la madre o el padre? Marque todas las que aplican, o ponga (?) si no sabe.

Alguien en la familia ha padecido de:	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Otro Familiar
Problemas de coordinación o Motor					
Problemas leyendo					
Problemas en Matemáticas					
Problemas en el habla/lenguaje					
Autismo					
Abuso (verbal, emocional, físico o sexual)					
Retardación mental					
Desorden de la Hiperactividad del déficit de la atención					
Alcohol y/o problemas de drogas					
Desorden de Tourette del tic.					
Síndrome					
Enuresis (Mojar la cama)					
Encopresis (el manchar)					
Ansiedad de Separación					
Mudo Selectivo					
Demencia (Alzheimer)					
Catatonía					
Desorden de Esquizofrenia					
Desorden Delirante					
Depresión Mayor					
Distimia (Depresión crónica)					
Desorden bipolar o enfermedad depresiva maniaca					
Pánico					
Agorafobia					
Obsesivo – Compulsivo					
Ansiedad General, Desorden Traumático de la tensión del poste					
Anorexia					
Bulimia					
Desorden dismórfico del cuerpo (personalidades múltiples)					
Desorden Sexual					
Problemas durmiendo (insomnio, narcolepsia, apnea del sueño, caminar dormido(a), sueños de terror, etc.					

Alguien en la familia ha padecido de:	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Otro Familiar
Desorden impulsivo del control (cleptomanía, tricotilomanía, piromanía, juego, etc.)					
Problemas de Personalidad					
Problemas de Conducta y antisocial					
Nervioso(a)					
Internado en un hospital de Psiquiatría					
Tratamiento de una enfermedad Psiquiátrica con medicación					
Intentos de Suicidio					
Violencia o comportamiento agresivo					

Por favor mencione si hay otros problemas de comportamiento, aprendizaje o emocional en la familia:
