

# 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 podamos 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:**

Eutímico \_\_\_\_\_ 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

Terapeuta: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
Describa:

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

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

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

**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:

<b>Droga</b>	<b>Edad Comenzada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Uso Actual</b>
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:

<b>Días</b>	<b>Facilidad de Tratamiento</b>	<b>Razón por participar</b>	<b>Resultado</b>

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.

<b>Alguien en la familia ha padecido de:</b>	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>	<b>Hermana</b>	<b>Hermano</b>	<b>Otro Familiar</b>
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.					

<b>Alguien en la familia ha padecido de:</b>	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>	<b>Hermana</b>	<b>Hermano</b>	<b>Otro Familiar</b>
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:

---



---



---



---

## HISTORIAL DE DESARROLLO

LLENE ESTA PARTE NADA MAS SI EL PACIENTE ES UN NIÑO

¿Cuántos años tenía la madre cuando se embarazo de este niño(a)

\_\_\_\_\_

¿Durante el embarazo la madre estaba saludable? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Durante el embarazo la madre tomaba medicamentos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Cuales: \_\_\_\_\_

¿Fumaba cigarrillos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Cuantos al día: \_\_\_\_\_

¿Tomaba bebidas con alcohol? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Cuantos: \_\_\_\_\_

¿Usaba Drogas? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Cuales y Cuantos \_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciones durante el embarazo? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Describe \_\_\_\_\_

¿Llego a los nueve meses? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Si el niño(a) fue prematuro, cuantas semanas antes? \_\_\_\_\_

¿Cómo dio a luz a este niño(a)? \_\_\_\_\_ ¿Peso al nacer? \_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciones cuando estaba dando a luz? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APGARS (si sabe) \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo estuvo el niño(a) en el hospital? \_\_\_\_\_

¿Hubo problemas durante ese día? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo escogió el nombre del niño(a)?

¿Qué edad tenía el niño(a) cuando:

Comportamiento	Edad aproximada	Temprano	Promedio	Tarde
Se voltio				
Se sentó				
Camino				
Fue al baño				
Dijo su primera palabra				
Empezó a usar oraciones				

¿Durante los primeros doce meses este niño(a) era:

	Si	No		Si	No
¿Difícil para darle la comida?			¿Cólicos?		
¿Difícil para dormir?			¿Alerto?		
¿Difícil para ponerlo en una rutina?			¿Contento?		
¿Difícil para mantenerlo ocupado?			¿Afectuoso?		
¿Fácil de confortar?			¿Sociable?		
¿Muy activo, en movimiento constante?					

### **HISTORIAL SOCIAL**

¿Con quién prefiere su hijo pasar el tiempo libre?

Su hijo(a) se relaciona bien con otros niños? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Adultos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Ud. está preocupado(a) por la forma en que su hijo(a) es sociable con otras personas? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

¿Por favor describa las cosas favoritas (intereses y/o actividades de su hijo(a))? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las responsabilidades de su hijo(a) en la casa? Describe: \_\_\_\_\_

¿Por favor escriba todos los miembros de la familia (dentro o fuera de la casa) y cualquier otra persona que actualmente está viviendo en la casa?:

Nombre	Edad	Relación con el paciente	Educación mas alta o tipo de trabajo	Actualmente está viviendo en la casa

Los Padres están: Casados \_\_\_\_\_ Viviendo Juntos \_\_\_\_\_ Divorciados \_\_\_\_\_ Separados \_\_\_\_\_  
 Viudos \_\_\_\_\_

**HISTORIA LEGAL**

¿Está el niño(a) envuelto con la Corte Juvenil? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Hay una petición de la barbillas en su lugar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Por favor escriba el nombre del oficial de probación, dirección y teléfono:

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

¿Nos permite comunicarnos con el oficial de probación que está encargado del caso de su hijo(a)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño cargos contra el actualmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Describe \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE LA ESCUELA**

Nombre de la escuela/guardería que asiste ahora: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Maestro: \_\_\_\_\_

Rutina diaria de la escuela \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿El niño(a) ha repetido un grado? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
¿Cuál y porque?

---

---

¿Es su hijo(a) objeto de relajo y burlas para otros? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Describe:

---

---

¿Existe un plan de educación? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿El niño(a) ha recibido ayuda especial en la escuela? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Está el niño(a) recibiendo ayuda especial en la escuela ahora/ayuda adicional? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Marque la(s) ayuda(s) que este niño(a) está recibiendo:

Terapia Ocupacional (TO) \_\_\_\_ Cuarto de Recursos \_\_\_\_ Lenguaje \_\_\_\_

¿Nos permite comunicarnos con los directores u otras personas que estén incluidos en los estudios de este niño(a) si es necesario? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Motivaciones (activos soportes sociales)

---

---

---

Escriba información adicional que Ud. crea que pueda ser importante para nosotros:

---

---

---

---

---