

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 ____

Describa:

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 ____

Describa:

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 ____

Describa: _____

¿Hay alguna deshabilidad física: Si ____ No ____

Describa _____

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:

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:
