

* AS0050 *



AS0050

New Patient Intake Questionnaire Spanish

Cuestionario Para Nuevos Pacientes Adultos

Este cuestionario es con el fin de mejor conocerlo, y poder proporcionarle los mejores servicios posibles de la salud mental. Por favor complete este formulario o más honestamente y lo más completo que se pueda. Toda la información que nos proporcione será **confidencial** como lo requiere la ley estatal y federal.

No. de celular: _____

No. de casa: _____

Domicilio de casa: _____

Estado civil

- Soltero Casado Volverse a casar
- Separado Divorciado Comprometido
- Viudo Cohabitando

Información de su pareja

Si le corresponde, por favor complete

Nombre de su pareja: _____

Ocupación de su pareja: _____ Edad: _____

¿Tiene hijos?

Nombre	Sexo	Edad

¿Quien vive en su hogar? (Adultos y niños)

Nombre	Relación	Sexo	Edad

En sus propias palabras, describa los problemas actuales como usted los vea:

¿Por cuánto tiempo ha estado sucediendo esto? _____

¿Qué lo hizo venir hoy? _____

¿Qué espera obtener de esta evaluación y/o consejería?

* AS0050 *



AS0050

New Patient Intake Questionnaire Spanish

Si ha tenido dificultades en el pasado, qué ha hecho para sobrellevarlos. ¿Le ayudo? _____

Síntomas:

Por favor marque cualquier síntoma o experiencias que ha tenido **en el último mes**

- Dificultad para dormir
- Dificultad para quedarse dormido
- Dificultad para levantarse de la cama
- No se siente descansado en la mañana
- Promedio de horas que duerme en la noche _____
- Perdida persistente de interes en actividades que antes disfrutaba
- Evitar gente, lugares o actividades previas
- Alejarse de las personas
- Pasar mucho tiempo a solas
- Sentirse entumido
- Ataques de ansiedad/pánico
- Frecuentes sentimientos de culpa
- Dificultad para salir de su casa
- Estado de animo deprimido
- Cambios de animo muy rápidos
- Estallos de ira
- Comportamientos repetitivos/actos mentales (contar, revisar puertas, lavarse las manos)
- Miedo a ciertos objetos o situaciones (volar, alturas, insectos) Describa: _____

- Sin valor
- Tristeza
- Miedo
- Desesperación
- Impotencia
- Sentirse o actuar como una persona diferente

- Cambios en comer/apetito
- Ejercicio excesivo para no aumentar de peso
- Comer más
- Comer menos
- Uso de laxantes
- Atracones
- Vomito voluntario
- Aumento de peso ___lbs.
- Perdida de peso: ___lbs.

¿Está tratando de bajar de peso? _____

- Disminución de energía
- Sobre saltarse fácilmente, sentirse nervioso
- Dificultad para respirar
- Aumento de energía
- Temblor
- Aumento de tensión muscular
- Sensaciones físicas que otras personas no tienen
- Sudor inusual
- Pensamientos apresurados
- Preocupación frecuente
- Memorias
- Mareos

- Grandes vacíos en memoria
- Recuerdos recurrentes
- Pesadillas
- Dificultad en concentrarse o para pensar intrusivas
- Pensamientos de dañarse o suicidarse
- Pensamientos dañar o matar a otra persona

- Sentirse como si estuviera fuera de sí mismo, desconectado, observando lo que está haciendo
- Experiencias visuales inusuales, tales como, destellos de luz, sombras
- Sensación de que la televisión/ radio se están comunicando con usted
- Escuchar voces cuando nadie más está presente
- Sentirse confundido en lo que es real y lo que no es real
- Dificultad para resolver problemas
- Persistente, repetitivo, pensamientos intrusivos, impulsos o imágenes
- Dependencia en otros
- Sensación de que los pensamientos son controlados/colocados en su mente
- Expresión inapropiada de ira
- Sensación de falta de control
- Dificultad o inhabilidad de decir "NO" a las personas
- Relación abusiva
- Manipulación de otros para satisfacer sus deseos
- Comunicación inefectiva
- Auto-manipulación/cortarse
- Preocupaciones de su sexualidad
- Dificultad para expresar emociones
- Disminución en la habilidad de manejar estrés
- Dificultad en medir las expectativas del rol

- Fiebre o escalofrío
- Dolor de pecho o presión
- Dolor muscular/articulaciones
- Cambios en las heces
- Frecuencia cardíaca rápida
- Cambio en la función sexual
- Cambios visuales
- Tos
- Sensación de ardor o cosquilleo
- Pérdida auditiva
- Dolor abdominal
- Náuseas o vómitos
- Dolor de garganta
- Cambios en la orina
- Erupción o llagas
- Dolor de cabeza
- Problemas de equilibrio

* AS0050 *



AS0050

New Patient Intake Questionnaire Spanish

Por favor describa cualquier otro síntoma o experiencias con las que ha tenido problemas:

Orientación Sexual: _____

Historial Médico:

¿Ha consultado antes con un consejero, psicólogo, psiquiatra u otro profesional de la salud mental? Sí No

Nombre del terapeuta _____ Razón _____ Fecha de tratamiento _____

Nombre del terapeuta _____ Razón _____ Fecha del tratamiento _____

¿Tiene **alergias a medicamentos**? Sí No *Si marco Sí, por favor indique:*

Nombre del medicamento	Reacción

¿Está actualmente tomando medicamento **PSIQUIÁTRICO**? Sí No *Si marco Sí, por favor indique:*

Medicamento	Dosis	¿Por cuánto tiempo lo ha tomado?	¿Le ha ayudado?

¿Está actualmente tomando medicamento **NO- PSIQUIÁTRICO**? Sí No *Si marco Sí, por favor indique:*

Medicamento	Dosis	¿Por cuánto tiempo lo ha tomado?

¿Ha tomado medicamento **PSIQUIÁTRICO** en el pasado? Sí No *Si marco Sí, por favor indique:*

Medicamento	Dosis	Fecha que comenzó/paro	Efecto del Medicamento

¿Ha estado **hospitalizado** por razones psiquiátricas? Sí No *Si marco Sí, por favor indique:*

Hospital	Fechas	Razón



AS0050

New Patient Intake Questionnaire Spanish

¿Alguna vez ha intentado suicidarse? Sí No Si marco Sí, por favor explique:

¿Está ACTUALMENTE bajo tratamiento para alguna condición médica? Sí No Si marco Sí, por favor explique:

Por favor indique cualquier enfermedad PREVIA, operaciones y/o accidentes (desde su niñez hasta el presente):

Historial Familiar

Padre: Edad: _____ Vivo Fallecido Si fallecio: Causa de muerte: _____

Ocupación: _____ Salud _____ ¿Cuantos años tenía al fallecer? _____

Frecuencia de contacto _____ ¿Es o era apegado? _____ Su edad al momento de muerte _____

Madre: Edad: _____ Vivo Fallecido Si fallecio: Causa de muerte: _____

Ocupación: _____ Salud _____ ¿Cuantos años tenía al fallecer? _____

Frequency of contact: _____ Are you/Were you close to her? _____ Su edad al momento de muerte _____

Hermanos:

Nombre	Sexo	Edad	Paradero	¿Es apegado a él/ella?	
				No	Sí
				No	Sí
				No	Sí
				No	Sí
				No	Sí

Por favor ponga una marca de verificación en la casilla si los siguientes han estado o están presentes en sus familiares

	Niños	Hermanos	Hermanas	Padre	Madre	Tío/Tia	Abuelo(a)
Problemas Nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalización psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte por suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con el alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



AS0050

New Patient Intake Questionnaire Spanish

¿Durante su infancia vivió algún período de tiempo significativo con alguien que no sea sus padres naturales?

Sí No Si marco Sí, por favor explique:

Nombre: _____ Relación a usted: _____

Historial Social:

¿Ha estado casado anteriormente? Sí No Si marco Sí, por favor explique

¿Cuándo? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Cuándo? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Grado más alto completado?: _____ ¿Obtuvo una licenciatura? _____

¿Tuvo problemas disciplinarios en la escuela?: _____ Si marco Sí, por favor explique _____

¿Fue considerado hiperactivo/TDAH en la escuela? _____

Si marco Sí, ¿tomo algún medicamento? _____ Si marco Sí, que medicamento _____

¿Qué tipo de calificaciones saco en la escuela? _____

¿Ha servido en la militar? Sí No Si marco Sí, por favor explique _____

¿Qué tipo de descarga (separación) recibió? _____

¿Está actualmente trabajando? Sí No Por favor indique su empleo actual y el del pasado (el más reciente primero)

Empleador	Tipo de trabajo	Fechas	Motivo de su salida

Tiene alguna afiliación religiosa? Sí No Si marco Sí, por favor explique _____

¿En qué tipo de actividades sociales participa? _____

¿Con quién recurre para ayuda con sus problemas? _____

¿Alguna vez ha sido abusado? Verbalmente Emocionalmente Físicamente Sexualmente Descuidado

Si marco alguno de los siguientes, por favor explique:



AS0050

New Patient Intake Questionnaire Spanish

Historial de las primeras etapas de su vida

¿Describa su relación con sus padres durante su infancia?

¿Hubo traumas importantes (muertes, accidentes, abusos) en su infancia que hayan afectado su vida en gran manera?

Infancia (nacimiento a pre-adolescente)

Describa cualquier problema (psicológico o de comportamiento) que tuvo cuando era niño:

En general, ¿cómo describiría su estado emocional cuando era niño (marque todas las que apliquen):

- Triste Feliz Preocupado Desolado Enojado Estimulado

Adolescencia

Describa cualquier problema (psicológico o conductual) que tuvo cuando era adolescente:

En general, ¿cómo describiría su estado emocional cuando era adolescente (marque todas las que apliquen):

- Triste Feliz Preocupado Desolado Enojado Estimulado

¿Tuvo muchos amigos? _____ ¿Tuvo muchas citas románticas? _____

¿Alguna vez lo retuvieron de grado en la escuela? _____

¿Alguna vez participó en clases de educación especial en la escuela? _____

Si marco Sí, ¿qué tipos de servicios recibió y por cuánto tiempo? _____

¿Tiene dificultades con la lectura, la ortografía o la aritmética? _____

¿Tiene planes futuros para su educación? _____

Abuso de sustancias

¿Toma alcohol? Sí No

Si marco Sí, indique _____

La edad de su primer iniciación: _____

¿Cuánto toma? _____

¿Con qué frecuencia toma? _____

Have you ever passed out from drinking? _____

¿Con qué frecuencia? _____

Have you ever blacked out from drinking? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguna vez ha tenido temblores? _____

¿Con qué frecuencia? _____

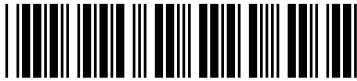
¿En algún momento se ha sentido que debe reducir su consumo de alcohol/uso de drogas? _____

¿Lo han fastidiado las personas porque critican su consumo de alcohol/ uso de drogas? _____

¿Se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol/uso de drogas? _____

¿Ha tomado/ usado drogas en la mañana para calmar sus nervios o aliviar una "cruda" resaca? _____

¿Usa Tabaco? _____ ¿Con que frecuencia? _____



AS0050

New Patient Intake Questionnaire Spanish

Por favor indique que droga ha usado en el pasado o en el presente:

Droga	¿Ha usado?	Cuantos años tenia	Cuando fue su ultimo uso	Uso aproximado en los últimos 30 días
Marijuana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cocaina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Crack (Droga)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Heroína	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Metanfetamina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Extasis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Asuntos Legales

¿Está actualmente involucrado en alguna de las siguientes cuestiones legales? (Marque todo lo que corresponda)

- Custodia de los niños
- Caso legal debido a una lesión
- Compensación al trabajador
- Divorcio
- Apelación para beneficios financieros

¿Alguna vez ha tenido problemas con la ley? _____

¿Está actualmente en libertad condicional o libertad vigilada? Sí No

¿Ha estado en libertad condicional o libertad vigilada? Sí No

Evaluación de Personalidad

Enumere cualquier falla que crea tener: _____

numere sus virtudes y puntos positivos: _____

Por favor agregue cualquier otra cosa que considere que pueda ayudarnos a entender su problema o ayudarle mejor



AS0050

New Patient Intake Questionnaire Spanish

Escala de Rolmes-Rahe

Lea cada uno de los eventos mencionados a continuación, y marque la casilla junto a cualquier evento que ha ocurrido en su vida **en los últimos dos (2) años**. No hay respuestas correctas o incorrectas. El objetivo es identificar cuál de estos eventos usted ha experimentado últimamente.

Eventos de la vida	Unidades de crisis de la vida	✓	Eventos de la vida	Unidades de crisis de la vida	✓
Muerte del cónyuge	100		Hijo o Hija se van del hogar	29	
Divorcio	73		Problemas con los suegros	29	
Separación matrimonial	65		Logro personal excepcional	28	
Encarcelación	63		El cónyuge comienza o para de trabajar	28	
Muerte de un familiar cercano	63		Comienzo o fin de escuela	26	
Lesión o enfermedad personal	53		Cambios en las condiciones de vivir	25	
Matrimonio	50		Revisión de hábitos personales	24	
Despido de trabajo	47		Problemas con el jefe	23	
Reconciliación matrimonial	45		Cambios de horas o condiciones del trabajo	20	
Jubilación	45		Cambio de residencia	20	
Cambio de salud de un miembro de la familia	44		Cambio de escuelas	20	
Embarazo	40		Cambio de recreación	19	
Dificultades sexuales	39		Cambio de actividades de la iglesia	19	
Aumento de un nuevo miembro a la familia	39		Cambio de actividades sociales	18	
Reajuste de negocio	39		Hipoteca o préstamo menos de 30,000	17	
Cambio de situación económicamente	38		Cambio en hábitos de dormir	16	
Muerte de un amigo íntimo	37		Cambio en el número de reuniones familiares	15	
Cambio en el tipo de trabajo	36		Cambios en sus hábitos alimenticios	15	
Aumento en argumentos con su cónyuge	35		Vacaciones	13	
Hipoteca más de 100,000	31		Navidad a solas	12	
Ejecución hipotecaria, de hipoteca o préstamo	30		Violaciones menores de la ley	11	
Cambios en responsabilidades en el trabajo	29		Su puntuación total:		