

PRESENTACIO DEL PROBLEMA – Por favor describe brevemente su(s) preocupacion(es):		
MEDICAMENTOS ACTUALES	MEDICAMENTOS PSIQUIATRICOS PASADA	ALERGIAS
HISTORIAL DE SALUD CONDUCTUAL		
¿Ha tenido tratamiento de salud mental ambulatorio pasado o actual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor enumere cualquier alergia o sensibilidad que tenga para medicamentos o alimentos, e incluya el tipo de reacción:		
Tipo	Proveedor/Fecha	
<input type="checkbox"/> Terapia		
<input type="checkbox"/> Gestion de Medicamentos		
<input type="checkbox"/> Pruebas Psicologicas		
<input type="checkbox"/> Hospitalizacion por Motivos de Salud Conductual		
Historial Adicional de Información Sobre la Salud Conductual		
Proporcione información adicional sobre hospitalizaciones y medicamentos:		
Identidad de Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Trans/Trans Masculino <input type="checkbox"/> Mujer Trans/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Genero Queer/Genero Queer No ConfirmadoNonconforming <input type="checkbox"/> Identidad Diferente (por favor especifica):	
Sexo Asignado al Nacer:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer	
Orientación Sexual:	<input type="checkbox"/> Heterosexual or Derecho <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Not listado (por favor especifica):	
Estado de Relacion:		
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Vivir con Pareja		
Situacion de Vida Actual		
Quién vive en el hogar y su relación con el paciente:		

Culturales/Etnico/Consideraciones Espirituales/Identities		Fortalezas Personales	
<input type="checkbox"/> Historia familiar desconocida/ Adoptado			
¿Usted o un miembro de la familia tienen antecedentes o diagnósticos previos de:			
	Usted	Miembro de Familia:	
ADD/TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Trastorno de la Alimentario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Encopresis/Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Alucinaciones/Delusions/Paranoia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
TOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Ataques de Panico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Trastorno de Personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
TDEP/Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Abuso/Dependencia de Substancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	
Historia Adicional:			
HISTORIA CLINICA:			
Medico de Atencion Primaria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nombre/Telefono #:	
Fecha del Ultimo Examen Fisico:			
Fecha del Ultimo examen Dental:			

Fecha del Ultimo Examen de la Vista:		
Proveedores de Atencion Medica Adicionales: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, especifique, incluya nombre y numero de telefono:
¿Usted o un miembro de la familia tienen antecedentes o diagnósticos previos de:		
	Usted	Miembro de la Familia:
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Traumatismo Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Preseion Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Enfermedad Hepatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo
Antecedentes Médicos Pasados Adicionales		
Detalles adicionales sobre el tratamiento de cualquiera de los diagnósticos de arriba		
HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS/ALCOHOL		
Consumo de Alcohol:		
¿Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero de Veces por Semana: _____ Numero de Bebidas: _____		

Historial de Tabaquismo:

Estado de Fumar: No fumador Ex-fumador Fumador de puros Mastica tabaco Fumador diario actual
 Fumador empedernido actual Fumador de tabaco ligero actual Fumador de pipa Usuario del snuff
 Uso por Dia: _____ Numero de Anos: _____
 Vapeo: Si No
 Otros Fumando en el Hogar: Si No

Uso de Cafeina:

¿Cuántas bebidas que contienen cafeína toma en un día típico? Ninguno 1-2 bebidas 3-4 bebidas
 5-6 bebidas 7 o mas bebidas

HISTORIAL DE COMIDA/EJERCICIO

¿Cada cuanto te ejercitas? Ninguno 1-2x/semana 3-4x/semana 5+x/semana

¿Le preocupan sus hábitos alimenticios o de ejercicio? Si No

En caso afirmativo, especifique:

HISTORIA EDUCATIVA

Educación más alta completada: Inferior al grado 12, especifique la calificación: _____
 Escuela Secundaria GED Escuela Tecnica/Comercio
 Alguna Unversidades Licenciatura Postgrado

Estudiante Actual: Si No

En caso afirmativo, especifique:

HISTORIA OCUPACIONAL

Estatus Laboral: Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado Deshabilitado Desempleados

Ocupacion: _____ Duracion del Empleot: _____

Empleador: _____ ¿Cuántas posiciones ha tenido en los últimos 5 años? _____

Experiencia Militar:

Experiencia Militar: Actual Anteriori Ninguno

Rama: Ejercito Marina Marines Fuerza Aerea Guardacostas Reservas
 Otro: _____ If other, please describe:

Numero de Implementaciones: _____ Anos en Servicio: _____

Estado de Descarga: Voluntaria Involuntaria

Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario.

Completado por: _____ Fecha: _____

Relacion con el Paciente: Si mismo Madre/Padre Guardian Nino Adulto Otro: _____