

Cuestionario confidencial para adultos

Por favor, tómese unos minutos para completar este cuestionario. Esta información nos será útil a medida que nos enteremos de sus preocupaciones personales. Es muy importante que proporcione información precisa. Esto se convertirá en parte de su registro médico confidencial.

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES (con tinta negra o azul solamente)

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fec/nac: ____ / ____ / ____ Edad: ____
Apellido Nombre

Nombre preferido: _____ Nombre anterior o de soltera: _____

Género: M F Otros: _____ Pronombre(s): _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo(a)

Dirección de Correo: _____
Calle, Apto. #
Ciudad, Estado, Código Postal

Residencia Actual: _____
Calle, Apto. #
Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono: () _____ Diurno/Trabajo: () _____ Cell: () _____

Método preferido de contacto y

Horario _____

Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Empleado(a) Independiente Estudiante
 Otro: _____

Empleador: _____

INFORMACIÓN SOBRE CÓNYUGE/PAREJA

Nombre: _____
Apellido Nombre

Calle, Apto. #

Ciudad, Estado

Código Postal

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____
Apellido Nombre

Calle, Apto. #

()
Teléfono residencial

()
Teléfono celular

Ciudad, Estado, Código Postal

()
Diurno/Trabajo

Médico de Atención

Primaria: _____ Teléfono: () _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS MEDICOS

Seguro Primario: _____

Titular de la póliza: _____

Grupo #: _____

Fec/nac: del titular de la póliza: ____ / ____ / ____



SERVICIOS DE SALUD

Empleador: _____

Seguro Secundario: _____

Grupo #: _____

Empleador: _____

Contrato #: _____

Titular de la
póliza: _____

Fec/nac del titular de
la póliza: _____ / _____ / _____

Contrato #: _____

Cuestionario confidencial para adultos

EDUCACIÓN

Nivel escolar obtenido: _____

Enumere cualquier barrera para el aprendizaje (es decir, discapacidad de aprendizaje, discapacidad visual o auditiva) _____

Aprendo eficazmente a través de: Altavoces Video Cintas de video Material escrito

EMPLEO

Empleado, Posición: _____ Jubilado Desempleado explique: _____

Preocupaciones/Estrés laboral: Ninguno Sí, explique _____

RELACIONES SOCIALES

Respuesta habitual a las relaciones sociales:

Evasivo Tímido/Retraído Seguidor Amistoso
 Líder Argumentador Agresivo Extrovertido

¿Estás satisfecho con las relaciones sociales actuales? Sí No , explique: _____

¿Cambios recientes en las relaciones sociales? No Sí, explique: _____

PREOCUPACIONES FINANCIERAS: No Sí, explique: _____

HISTORIAL DE TRATAMIENTO

¿Ha recibido asesoramiento o terapia ambulatoria antes? No Sí

¿Cuándo y con quién? _____

¿Fue útil? No Sí, explique _____

¿Alguna vez ha sido tratado con medicamentos psiquiátricos? No Sí

¿Cuándo y con quién? _____

¿Qué medicamentos? _____

¿Experimentó algún efecto secundario? _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por una afección psiquiátrica? No Sí

En caso afirmativo, indique la fecha de admisión, el hospital y el motivo de la admisión: _____

¿Alguna vez has hecho un intento de suicidio? No Sí, explique _____

¿Alguna vez se ha autolesionado? No Sí, explique: _____

Cuestionario confidencial para adultos

USO ACTUAL DE SUSTANCIAS (marque todos los que correspondan)

	<u>Fecha/hora del último uso</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Dosis/Cantidad</u>
<input type="checkbox"/> Ninguno	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Cafeína	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nicotina	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Alcohol	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Marihuana	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cocaína	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Estimulantes	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sedantes	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pastillas para el dolor	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inhalantes	_____	_____	_____

¿Ha experimentado alguna consecuencia del uso?

- Social _____ Ocupacional: _____
 Legal _____ Otro: _____

¿Ha recibido tratamiento para un problema de uso de sustancias? No Sí

En caso afirmativo, enumere las fechas, el lugar y el resultado: _____

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO FAMILIAR

¿Hay antecedentes familiares de problemas de salud mental o psiquiátricos, alcoholismo u otro abuso de sustancias?

- No Sí En caso afirmativo, enumere a continuación:

¿Qué relación tiene la persona con usted?

<u>persona con usted?</u>	<u>Tipo de problema</u>	<u>Tratamiento / Medicamentos</u>	<u>¿Útil?</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Hay algún historial de suicidio en su familia? No Sí Si es así, qué relación tiene con usted:

DESARROLLO

¿Antecedentes de abuso o trauma?

- No Sí Si es así, que tipo: Sexual Físico Emocional

El abuso fue como: Víctima Perpetrador Explique _____

¿Problemas para pasar de una etapa de la vida a otra? No Sí

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Cuestionario confidencial para adultos

ICULTURAL/ÉTNICA

¿Hay algún problema cultural o étnico que le gustaría que tuviéramos en cuenta? No Sí

En caso afirmativo, explique: _____

Cuestionario confidencial para adultos

LISTA DE VERIFICACIÓN PERSONAL: Por favor, califique cualquier /todo lo siguiente que aplique a usted en las últimas dos semanas
Grado de severidad: 1 = Ligero 2 = Moderado 3 = Severo

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> deprimido | <input type="checkbox"/> pérdida de interés sexual | <input type="checkbox"/> estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> triste | <input type="checkbox"/> problemas sexuales | <input type="checkbox"/> problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> episodios de llanto | <input type="checkbox"/> tiene ganas de romper cosas | <input type="checkbox"/> "mariposas" en el estómago |
| <input type="checkbox"/> sentirse desesperado | <input type="checkbox"/> tiene ganas de lastimar a alguien | <input type="checkbox"/> vómito |
| <input type="checkbox"/> sentirse impotente | <input type="checkbox"/> pelear / disputar | <input type="checkbox"/> diarrea |
| <input type="checkbox"/> sentirse inútil | <input type="checkbox"/> demasiado ambicioso | <input type="checkbox"/> hurgar en la piel / cabello |
| <input type="checkbox"/> pensamientos suicidas | <input type="checkbox"/> demasiada energía | <input type="checkbox"/> manos y pies fríos |
| <input type="checkbox"/> falta de energía | <input type="checkbox"/> naturalmente tenso, nervioso | <input type="checkbox"/> no puede estar en multitudes |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> no quiero se avergonzado |
| <input type="checkbox"/> soñar despierto con demasiada frecuencia | <input type="checkbox"/> pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> contar las cosas una y otra vez revisando las cosas una y otra vez |
| <input type="checkbox"/> dificultad para conciliar el sueño | <input type="checkbox"/> invencible | <input type="checkbox"/> pensamientos repetitivos |
| <input type="checkbox"/> dificultad para permanecer dormido | <input type="checkbox"/> creativo | <input type="checkbox"/> perfeccionista |
| <input type="checkbox"/> problemas con la memoria | <input type="checkbox"/> no puedo quedarme quieto | <input type="checkbox"/> debe hacer ciertos actos |
| <input type="checkbox"/> no puede tomar decisiones | <input type="checkbox"/> Enérgico/ motivado | <input type="checkbox"/> problemas en el trabajo |
| <input type="checkbox"/> apetito excesivo | <input type="checkbox"/> poca necesidad de dormir | <input type="checkbox"/> problemas con el cónyuge (pareja) |
| <input type="checkbox"/> falta de apetito | <input type="checkbox"/> nervioso | <input type="checkbox"/> problemas con los padres |
| <input type="checkbox"/> pérdida de peso | <input type="checkbox"/> inquieto | <input type="checkbox"/> problemas con los niños |
| <input type="checkbox"/> aumento de peso | <input type="checkbox"/> incapaz de relajarse | <input type="checkbox"/> problemas con la familia |
| <input type="checkbox"/> no disfrutar de las cosas | <input type="checkbox"/> ansioso por dentro | <input type="checkbox"/> problemas financieros |
| <input type="checkbox"/> incapaz de divertirse | <input type="checkbox"/> nervioso | <input type="checkbox"/> no puede manejar el dinero |
| <input type="checkbox"/> malhumorado | <input type="checkbox"/> sentirse tenso | <input type="checkbox"/> obsesionarse con los problemas |
| <input type="checkbox"/> irritable | <input type="checkbox"/> siempre preocupado | <input type="checkbox"/> no puede mantener un trabajo |
| <input type="checkbox"/> de mal genio | <input type="checkbox"/> imágenes aterradoras | <input type="checkbox"/> uso de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> sentirse fácilmente lastimado | <input type="checkbox"/> sentir pánico | <input type="checkbox"/> consumo de drogas |
| <input type="checkbox"/> no le gustan las vacaciones | <input type="checkbox"/> temeroso | <input type="checkbox"/> alcohol excesivo |
| <input type="checkbox"/> no me gustan los fines de semana | <input type="checkbox"/> manos temblorosas | <input type="checkbox"/> pérdida de la conciencia |
| <input type="checkbox"/> miedo a los días feriados | <input type="checkbox"/> fácilmente sobresaltado | <input type="checkbox"/> desmayarse |
| <input type="checkbox"/> no me gusta estar solo | <input type="checkbox"/> vagos recuerdos perturbadores | <input type="checkbox"/> Manejando intoxicado |
| <input type="checkbox"/> impaciente con la gente | <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> trabajo perdido debido a la bebida / drogas |
| <input type="checkbox"/> demasiado sensible | <input type="checkbox"/> desmayos | <input type="checkbox"/> no le gusto a la gente y quieren hacer la vida difícil para mi siempre estoy temprano para las cosas |
| <input type="checkbox"/> timidez | <input type="checkbox"/> latidos cardíacos rápidos | <input type="checkbox"/> siempre estoy tarde para las cosas |
| <input type="checkbox"/> sentirse inferior | <input type="checkbox"/> manos sudorosas | <input type="checkbox"/> preocupado por la salud |
| <input type="checkbox"/> crítico de uno mismo | <input type="checkbox"/> sudoración frecuente | <input type="checkbox"/> preocupado por el envejecimiento |
| <input type="checkbox"/> crítico con los demás | <input type="checkbox"/> falta de aliento | <input type="checkbox"/> preocupado por la muerte |
| <input type="checkbox"/> falta de confianza en sí mismo | <input type="checkbox"/> músculos tensos | <input type="checkbox"/> mala salud |
| <input type="checkbox"/> esconderse detrás de una máscara | <input type="checkbox"/> dolor muscular | <input type="checkbox"/> nadie me entiende |
| <input type="checkbox"/> "vivir" en el pasado | <input type="checkbox"/> músculos "saltando" | |
| <input type="checkbox"/> aburrido a menudo | <input type="checkbox"/> aturdido | |

Cuestionario confidencial para adultos

solitario
 vacío

mareos
 Dolor de cabezas

no puedo hacer amigos

Cuestionario confidencial para adultos

Lista de resumen médico de H & P

¿Tiene alguna condición médica actual? No Sí En caso afirmativo, explique: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES (Incluya medicamentos sin receta, vitaminas y remedios herbales).

	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Razón</u>	<u>¿Quién lo recetó?</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Es alérgico a algún medicamento? No Sí ¿Cuáles? _____
¿Qué tipo de reacciones tienes? _____

FACTORES DE SALUD - ¿Tiene algún historial de...?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de azúcar en la sangre | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Problemas con la próstata |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad ocular | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Síndrome premenstrual | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Describir: _____

NUTRICIÓN

¿Tiene antecedentes de aumento o pérdida de peso involuntaria? Sí No
¿Tiene alguna preocupación con su apetito o alimentación? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

DOLOR CRÓNICO

¿Tiene antecedentes de dolor crónico? No Sí Describir: _____
Nivel actual de dolor – '1-10' ('1'-siendo el más bajo, '10'-más alto): _____
Tratamiento actual: _____

QUIRÚRGICO

Por favor, enumere las cirugías y las fechas: _____

Fecha del último contacto con el médico de atención primaria: ____ / ____ / ____ Fecha del último examen físico: ____ / ____ / ____

¿Algún problema encontrado? _____

En el último año, ¿ha recibido: Vacuna contra la gripe (cuándo) _____
 Vacunación contra la neumonía (si tiene más de 65 años) (cuándo) _____

¿Sus vacunas están actualizadas? Sí No
Si no es así, comuníquese con su médico de atención primaria para obtener información actualizada sobre la inmunización.

SEXUAL

¿Usas anticonceptivos? Sí No N/A ¿ qué tipo? _____
¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual? No Sí N/A

Cuestionario confidencial para adultos

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

SOLO MUJERES

¿Sus períodos son regulares? Sí No N/A Fecha del último período? _____

¿Experimenta cambios de humor severos? Sí No N/A

¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No N/A