

Cuestionario de Salud

** indicates a required field*

*** Nombre y Apellido:**

*** Fecha de nacimiento:**

*** Sexo:**

*** Edad:**

¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?

*** ¿Cuál es su estado civil?**

- ☐ Viudo/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Soltero/a

*** Direccion de casa**

*** Número de teléfono (móvil):**

*** Contacto en caso de emergencia:**

*** Número de aseguranza. Es el numero escrito en la tarjeta del seguro.**

¿Quién es su médico de cabecera? Por favor incluya el tipo de doctor, nombre y número de teléfono.

¿Cuál es su mayor preocupación? ¿Cuál es la razón por la que ha buscado ayuda?

¿Ha visto a otro terapeuta en los últimos 24 meses?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Está tomando algún remedio?

- ☐ Sí
- ☐ No

*** ¿En qué trabaja?**

Describa su situación de vivienda. Vive solo, con otros, con la familia, etc.

¿Hay un historial de salud mental en su familia?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Ha tenido pensamientos suicidas, hecho declaraciones o ha intentado lastimarse?

- ☐ Si
- ☐ No

¿Ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o ha intentado lastimar a otra persona?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Lo han lastimado psicológicamente o lo han amenazado en los últimos días? Si su respuesta es sí, por favor explique.

- ☐ No
- ☐ Sí

¿Alguna vez fue hospitalizado por problemas mentales o dependencia de sustancias?

- ☐ Sí
- ☐ No

*** Por favor, marque todos los comportamientos y síntomas que considera problemáticos:**

- ☐ Abuso-físico
- ☐ Distráido
- ☐ Hiperactivo
- ☐ Impulsivo
- ☐ Aburrido
- ☐ Falta de memoria/confusión
- ☐ Cambios de humor estacionales
- ☐ Tristeza/depresión
- ☐ Perdida del placer/interés
- ☐ Falta de esperanza
- ☐ Pensamientos de muerte
- ☐ Ganas de hacerse daño
- ☐ Episodios de llanto
- ☐ Soledad
- ☐ Baja autoestima
- ☐ Culpa/vergüenza
- ☐ Cansancio
- ☐ Cambio de apetito
- ☐ Falta de motivación
- ☐ Deseo de estar solo
- ☐ Ansiedad/Preocupación
- ☐ Ataques de pánico
- ☐ Miedo a estar fuera de casa
- ☐ Antisocial
- ☐ Pensamientos obsesivos
- ☐ Comportamiento compulsivo
- ☐ Agresión/Peleas
- ☐ Discusiones fuertes y frecuentes
- ☐ Ira/Irritabilidad
- ☐ Escena retrospectiva
- ☐ Escuchar voces
- ☐ Alucinaciones visuales

- ☐ Sospechoso/Paranoia
- ☐ Pensamientos acelerados
- ☐ Energía excesiva
- ☐ Cambios de humor
- ☐ Problemas de sueño
- ☐ Pesadillas
- ☐ Problemas de alimentación
- ☐ Ludopatía (problemas de apuesta)
- ☐ Adicción a internet
- ☐ Adicción a la pornografía
- ☐ Problemas en la crianza de los hijos
- ☐ Problemas sexuales
- ☐ Problemas de pareja
- ☐ Problemas con su trabajo/escuela
- ☐ Recuerdos recurrentes, inquietantes
- ☐ Otro

¿Bebe alcohol?

- ☐ Sí
- ☐ No

*** ¿Usa drogas?**

- ☐ Sí
- ☐ No

*** Por favor, marque todo lo que corresponda**

- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Presión arterial alta (hipertensión)
- ☐ Gastritis o esofagitis
- ☐ Problemas hormonales
- ☐ Lesión craneal
- ☐ Angina o dolor en el pecho
- ☐ Intestino irritable
- ☐ Dolor crónico
- ☐ Pérdida de consciencia
- ☐ Ataque al corazón
- ☐ Problemas óseos o articulares
- ☐ Convulsiones
- ☐ Problemas renales
- ☐ Fatiga crónica
- ☐ Mareo
- ☐ Debilidad
- ☐ Problemas de la válvula cardíaca
- ☐ Problemas del tracto urinario
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Hormigueo / entumecimiento
- ☐ Falta de aire
- ☐ Diabetes
- ☐ Hepatitis
- ☐ Asma
- ☐ Artritis
- ☐ Problemas de tiroides
- ☐ VIH / SIDA
- ☐ Cáncer
- ☐ Otro

* ¿Quiere agragar algo más?

Carta de Credito (No se necesita tarjeta de crédito si tiene Medi-cal) 1.
Número de Tarjeta de Crédito 2. Fecha de expiración 3. Código de
seguridad 4. Código postal